Analyse des Dimensions de la Prise en Charge Psychoéducative des Enfants en Rupture Familiale : Apport des Tests ASQ-3, CHAT et CARS-T en Famille d'Accueil

Kouassi N'GORAN
Enseignant-Chercheur,
Maître-Assistant en Sciences de l'Éducation,
Institut de Recherche, d'Expérimentation et d'Enseignement en Pédagogie (IREEP)
Université Félix Houphouët-Boigny,
Abidjan, Côte d'Ivoire,
ngorankouassi87@yahoo.fr

Résumé

La présente étude a été réalisée auprès d'une mère SOS et de son enfant SOS, K. S., en rupture familiale et éduqué en famille d'accueil. Son objectif est d'analyser les profils cliniques de l'enfant afin d'adapter les dimensions de la prise en charge psychoéducative des mères et tantes SOS aux enfants en famille d'accueil. Dans la démarche méthodologique, nous avons utilisé trois outils de collecte des données que sont l'ASQ-3 (Ages and Stages Questionnaires, Third Edition ou Questionnaires sur les étapes du développement, troisième édition), le CHAT (Checklist for Autism in Toddlers ou liste de contrôle pour l'autisme chez les tout-petits), le CARS-T, (Childhood Autism Rating Scale - The Teacch Model, ou échelle d'évaluation de l'autisme infantile, version standardisée). L'analyse des données recueillies a été faite à partir d'une analyse qualitative pour dresser un portrait clinique de l'enfant. Elle a été aussi faite à partir d'une analyse quantitative pour identifier le niveau de développement global de l'enfant par rapport aux normes de son âge, détecter les signes d'alerte précoces des troubles du spectre de l'autisme et pour situer la sévérité des troubles du spectre de l'autisme de l'enfant. Les résultats obtenus, avec l'ASQ-3, présentent un profil clinique de K. S. caractérisé par les retards de développement global dans la communication, la motricité globale, la motricité fine, la résolution de problèmes et les aptitudes individuelles et sociales avec des scores inférieurs aux seuils minima. Les résultats obtenus avec le CARS-T présentent un profil clinique qui situe K. S. en situation de « non autistique » alors que les résultats du CHAT-T présentent un profil clinique caractérisé par les signes d'alerte précoces des troubles du spectre de l'autisme avec une absence de l'attention conjointe et du jeu du faire semblant et une instabilité du pointage protodéclaratif. Ces profils cliniques dictent les priorités psychoéducatives globalement orientées vers l'activité du sujet pour l'acquisition de compétences dans les domaines identifiés par les items de l'ASQ-3, du CHAT et du CARS-T avec à l'appui l'accompagnement des personnes assurant la prise en charge et le réajustement de l'environnement de vie. L'étude ouvre ainsi pour les mères et tantes SOS un nouveau paradigme dans la prise en charge des enfants placés dans les familles d'accueils.

Mots-clés : ASQ-3, CHAT, CARS-T, famille, accueil, prise en charge

Abstract

This study was conducted with an SOS mother and her SOS child, K. S., a child who had experienced family breakdown and was being raised in foster care. Its objective is to analyze the child's clinical profile in order to tailor the psychoeducational support provided to SOS mothers and aunts to the needs of children in foster care. The methodological approach involved the use of three data collection tools: the ASQ-3 (Ages and Stages Questionnaires, Third Edition), the CHAT (Checklist for Autism in Toddlers), and the CARS-T (Childhood Autism Rating Scale- The Teacch Model). The collected data were analyzed using a qualitative approach to create a clinical profile of the child. A quantitative analysis was also conducted to determine the child's overall developmental level relative to age-appropriate norms, detect early warning signs of autism spectrum disorder, and assess the severity of the child's condition. The results obtained using the ASQ-3 reveal a clinical profile for K.S. characterized by global developmental delays spanning communication, gross and fine motor skills, problem-solving, and personal-social skills with scores falling below the minimum thresholds. The results obtained using the CARS-T indicate a clinical profile placing K.S. in the "non-autistic" category, whereas the CHAT-T results reveal a profile characterized by early warning signs of autism spectrum disorder specifically, an absence of joint attention and pretend play, along with inconsistent protodeclarative pointing. These clinical profiles dictate psychoeducational priorities focused primarily on the child's active engagement to foster skill acquisition in areas identified by the ASQ-3, CHAT, and CARS-T assessments, supported by caregivers and adjustments to the living environment. This study thus introduces a new paradigm for SOS mothers and aunts regarding the care of children placed in foster families.

Keywords: ASQ-3, CHAT, CARS-T, family, reception, care

Introduction

Les enfants, dans la quasi-totalité des cultures, restent caractérisés par leur minorité, leur vulnérabilité et leur innocence. Ils représentent « un tiers de la population mondiale » (Santos Pais, 2026, pp. 9-13). Au nom de leurs caractéristiques et de leur proportion au sein de la population mondiale, leur éducation reste une priorité majeure pour toutes les communautés car « il semble qu'au fil du temps, la thématique de l'enfance ait réussi à s'imposer de façon incontournable sur la scène politique internationale » (Dugue, 2007, pp. 45-53). Cette priorité transparait dans la plupart des textes

fondamentaux des organisations de protection de l'enfant. Ainsi, pour s'assurer du respect de cette priorité, l'ONU a adopté, en 1989, la Convention internationale relative aux droits de l'enfant (CIDE). Cette convention a été ratifiée par la quasi-totalité des pays du monde qui se sont ainsi engagés à la respecter. En réalité ;

Elle invite les États à garantir les droits de tous les enfants, sans

> « en février 2025, la Convention relative aux droits de l'enfant comptait 196 États parties, ce qui en faisait le traité relatif aux droits humains le plus largement ratifié à ce jour. Tous les membres des Nations Unies sont partis à la CIDE, à l'exception des États-Unis. Il est à noter que les États-Unis ont participé à la rédaction et à la signature du traité, mais ne l'ont toujours pas ratifié après la ratification par la Somalie en 2015 ». Radovic, (2025)

discrimination (article 2), à privilégier leur intérêt supérieur (article 3), à reconnaître les enfants comme des participants actifs dans les processus de décision qui les concernent (article 12) et à reconnaître le droit de l'enfant à l'éducation (article 28).

Pour accompagner l'ONU dans cette noble mission de protection de l'enfant, un ensemble d'acteurs animent des organismes internationaux ou des structures publiques nationales ainsi que des ONG et travaillent ensemble pour garantir les droits et la sécurité dans cette période sensible de la vie humaine. Ces organisations internationales sont le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), l'organisation non gouvernementale Save the Children, le Bureau International Catholique de l'Enfance, l'Organisation internationale du travail (OIT), l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation la science et la culture (UNESCO)…Ces organismes mettent en place globalement un dispositif de protection qui s'appuie sur deux leviers : « protéger l'enfant des effets d'un contexte social dont les défaillances nuiront à son développement, et dans l'autre, à le prémunir contre des carences d'éducation qui auront sur lui d'autres effets destructeurs »

(Palacio, 2007, pp. 6-16). Pour y parvenir, ces organismes dans leur intervention œuvrent pour subvenir aux :

> [...] besoins les plus urgents et prioritaires (des enfants), notamment la santé, l'hygiène, la sécurité, le retour à la famille si possible, la nourriture quotidienne, centres d'accueil ou d'écoute, provisoire ou permanent, vêtement, soutien juridique, protection contre la violence, la répression et les sévices arbitraires, petits travaux, règlement des conflits avec la justice, conseils contre la drogue et, dans certains cas, apprentissage, première inscription ou retour à l'école (UNESCO, 1995, pp. 18-19)

Dans le cas spécifique de la Cote d'Ivoire, le système formel de protection de l'enfance comprend des : « centres sociaux de base, centres de protection de la petite enfance, centres d'éducation spécialisée, complexes sociaux-éducatifs, pouponnières et orphelinats, centres d'action communautaires pour la petite enfance et services de protection judiciaire de l'enfance et de la jeunesse » (Ballet *et al.* ; 2021 ; pp. 27-45). C'est dans ce système formel que l'on trouve :

- le centre éducatif de la Zone 4/c
- la pouponnière d'Adjamé-220 Logements
- l'Orphelinat National de Bingerville
- les services d'éducation surveillée
    - *le centre de rééducation de Dabou
    - *le Centre d'Assistance Éducative
    - *le service de la liberté surveillée
    - *le centre d'observation des mineurs
- le carrefour des équipes pour jeunes en difficulté (CEJD)
- la pouponnière de Yopougon
- la communauté ABEL-LVIA
    - *le centre éducatif professionnel
    - *carrefour jeunesse
    - *le centre de documentation, Recherche et formation
- la CARITAS-Côte d'Ivoire
- le centre Akwaba de Treichville,

• l'Association Nationale d'aide à l'Enfance en Danger (ANAED)
• l'institut médico-pédagogique de Vridi
• le comité Ivoirien de la Décennie de l'Enfant Africain (CIDEA)
• le village d'enfants SOS d'Abobo
• le centre pilote des jeunes de Port-Bouët
• le bureau international catholique de l'enfant
• l'Association Nationale d'aide aux prisonniers (fraternité Maximilien Kolbe)
• coopérative des handicapés physiques d'Abidjan (CAHPA)
• École ivoirienne des sourds
• Espoir Côte d'Ivoire
• N'daya- Côte d'Ivoire
(Kouakou, 2006, pp. 40-42)

Ces structures formelles de protection de l'enfant n'existent pas sur toute l'étendue du territoire ivoirien comme c'est le cas pour SOS village d'enfants fonctionnant seulement à Aboisso, Abobo et Yamoussoukro. Celles qui couvrent toutes les régions du pays sont inégalement réparties et connaissent des difficultés dans leurs fonctionnements. Ces difficultés se présentent comme suit :

> « […] nombre très limité dans certaines régions … ;
> ☐ […] manques de moyens humains et matériels… ;
> ☐ […] problème de coordination majeur au niveau ministériel, entre la Direction de la protection de l'enfance (DPE) et la Direction des affaires sociales (DAS)… ;
> ☐ […] insuffisance de structures qualifiées et équipées… ;
> ☐ […] déficit de ressources humaines qualifiées… ;
> ☐ […] stéréotypes socioculturels sur la prise en charge ».
> (Ballet, *et al.*, 2021, pp. 27-45)

Au nombre des difficultés présentées ci-dessus, figure en bonne place l'insuffisance de ressources humaines qualifiées comme nous l'avons constatée sur le terrain lors de nos activités en tant que psychologue de l'éducation vacataire sur le programme SOS village d'enfants de Yamoussoukro, la capitale politique de la Côte d'Ivoire. Ces difficultés sont particulièrement préoccupantes pour nous vu la noble mission qui a été dévolue à ces villages SOS. En effet, ces villages se sont développés sur un principe de « suppléance parentale qui prend en compte la place des familles même dans un contexte d'investissement » (Foignet-Pohren, 2023, pp. 209-216). Ils ont pour mission d'aider les enfants ayant perdu la prise en charge familiale à bâtir leur propre avenir et à participer ainsi au développement des communautés. Aussi avons-nous décidé de contribuer à l'offre de formation des ressources humaines en général et particulièrement celles constituant le premier rideau d'encadrement de ces enfants que sont les mères et tantes SOS en mettant à leur disposition un outil facilitant leurs prises en charge psychoéducative. Ce choix nous a amené à retenir le sujet suivant : « analyse des dimensions de la prise en charge psychoéducative des enfants en rupture familiale : apport des tests ASQ-3 ; CHAT et CARS-T en famille d'accueil ». Un tel sujet est pertinent dans un pays comme le nôtre où, au-delà des difficultés constatées sur le terrain ou révélées par la recherche, des rapports officiels mentionnent bien les « difficultés des familles à remplir leurs rôles d'éducation et de socialisation » (Ministère de la femme, de la famille et de l'enfant, 2019, p.23) avec pour conséquence les « […] enfants en rupture sociale (familiale et enfants en conflit avec la Loi), etc. » (ibid.). Ce sujet est encore pertinent surtout que « au regard de ce contexte, la Côte d'Ivoire s'est engagée à mettre la famille au cœur de ses politiques et programmes de développement » (Ministère de la femme, de la famille et de l'enfant, op. cit., p. 24). C'est au nom de cet engagement que l'État ivoirien facilite la mise en place et le fonctionnement de certaines familles d'accueil.

Parmi les familles d'accueil reparties sur toute l'étendue du territoire ivoirien, figurent les villages d'enfants SOS. Associations humanitaires internationales apolitiques et non confessionnelles « les villages d'enfants SOS ont été créés en 1949 par Hermann Gmeiner en Autriche » (Caron, 2024) face à la détresse des orphelins et des

familles brisées au lendemain de la seconde guerre mondiale. Leurs effets bénéfiques pour les enfants se sont propagés dans le monde et « le modèle s'est répandu dans plus de cent trente-cinq pays » (ibid.). SOS Village d'Enfants a pour but « d'assurer la prise en charge qualifiée d'enfants et d'adolescents qui ne sont pas pris en charge ou risquent de ne plus être pris en charge par leurs parents dans le cadre de programmes éducatifs et de soutien aux familles en difficulté et aux personnes dans le besoin … » (ONU, 2025, p. 4). Pour y parvenir, le premier rideau d'encadrement des enfants, dans le cas de la Côte d'ivoire, est assuré par des mères et des tantes SOS. Leur mission s'articule autour de trois axes : « un axe de suppléance familiale (relations affectives stables et relation éducative), un axe éducatif (permettre une meilleure progression à l'enfant), et un axe de gestion matérielle et financière de la maison familiale » (Poittevin, 2008, p.10). Leurs activités psychoéducatives reposent en permanence sur quatre (4) principes qui sont : « l'enfant (chaque enfant est unique et respecté), le parent (chaque enfant a besoin d'un parent stable et affectueux), la famille (chaque enfant grandit au sein d'une famille qui le soutient), la communauté (chaque enfant fait partie d'une communauté sûre, où il est soutenu) » (SOS Villages d'Enfants International, 2018, p 6).

Malgré la noble mission qui est dévolue à ces villages SOS matérialisée par l'esprit et la lettre qui accompagne ces buts, missions, principes et l'ensemble des textes qui régissent leur fonctionnement, une réalité reste implacable : chez certains enfants des villages SOS comme on en trouve aussi dans le cadre familial, il y en a qui développent des « troubles du comportement » (Olano, 2018, p. 11-18 ; Mazoyer, 2022, pp. 212-213 ; Maigret *et al.* 2025, pp. 107-120) dont le traitement nécessite une prise en charge sanitaire et psychoéducative.

La prise en charge sanitaire est faite par les spécialistes de la santé en général disponibles dans l'environnement proche et qui délivrent des prescriptions médicales que les mères et tantes SOS ne font qu'appliquer. Par contre, la prise en charge psychoéducative est faite par des psychologues qui utilisent des tests d'évaluation du comportement et qui ne sont pas toujours disponibles. C'est justement

à ce sujet que les difficultés sont énormes pour les mères et tantes SOS qui sont recrutées avec le niveau BEPC. Ce niveau de recrutement et le contenu de leur formation initiale et continue tout au long de leurs carrières ne leur permettent pas de comprendre facilement les dimensions de la prise en charge psychoéducative abordées par les tests psychologiques. C'est pour les aider à comprendre certains de ces tests et espérer qu'elles conduiront à améliorer les prises de décision lorsqu'elles assurent leurs fonctions psychoéducatives de mères et tantes SOS que nous leur présentons trois de ces tests d'usage courant : l'ASQ-3, le CHAT, le CARS-T.

L'ASQ-3 (Ages and Stages Questionnaires, Third Edition ou Questionnaires sur les étapes du développement, troisième édition) est une échelle développée par Bricker *et al.* (1999) et traduit par Bonin *et al.* (2000) pour les éducateurs de la petite enfance et les professionnels de la santé. Cette échelle est un outil de dépistage du développement des enfants dans la communication, la motricité globale, la motricité fine, la résolution de problèmes et les aptitudes individuelles et sociales (Squires *et al.* 2011, Squires *et al.* 2016). Elle permet à l'intervenant et au parent de cibler les sphères de développement qui présentent un défi pour les enfants, tout en offrant des exemples concrets de tâches qu'un enfant de cet âge peut maîtriser.

Le CHAT (Checklist for Autism in Toddlers ou liste de contrôle pour l'autisme chez les tout-petits,) est un test élaboré par Baron-Cohen *et al.* (1992, 2000) afin de repérer les signes précoces des troubles envahissants du développement chez les enfants à risque autistique dès 18 mois, « âge-vitrine » (Aylward, 1997) à cause de l'émergence normale à cette époque de l'attention conjointe et du jeu symbolique. Il étudie trois comportements considérés comme les signes d'alerte des troubles du spectre autistique (TSA) et non de validation diagnostique de l'autisme :

- l'attention conjointe ;
- le pointage protodéclaratif ;
- le jeu du faire semblant.

Le CARS (Childhood Autism Rating Scale - Échelle

d'évaluation de l'autisme infantile) est un outil d'observation comportementale conçu pour identifier les Troubles du Spectre de l'Autisme (TSA) et en évaluer la sévérité. Établie par Schopler *et al*.,(1980), la version française de référence a été traduite et adaptée par Rogé (1989). Il met en perspective quinze (15) domaines de compétences dits fonctionnels et joue un rôle important pour le repérage et l'évaluation de possibles dysfonctionnements dans ces domaines. Dans la présente étude, nous utilisons le CARS-T, (Childhood Autism Rating Scale - The Teacch Model, ou échelle d'évaluation de l'autisme infantile, version standardisée) qui liste précisément les mêmes quinze (15) domaines de compétences.

L'ASQ-3, le CHAT et le CARS-T sont des outils de diagnostic clinique dont la cotation est réservée exclusivement aux professionnels formés. Cependant, la connaissance des caractéristiques du domaine du développement étudié par ces tests et les profils individualisés qu'ils proposent peuvent orienter les ajustements continus des interventions psychoéducatives des mères et tantes SOS. Car en réalité, l'utilisation coordonnée de l'ASQ-3, du CHAT et de la CARS-T, pour l'enfant, facilite le repérage précoce des domaines de compétences dits fonctionnels et les possibles dysfonctionnements dans ces domaines. C'est ce que confirment les travaux (Damville 2016, p.38) : « le diagnostic permet une prise en charge d'autant plus efficace qu'elle sera précoce, limitant l'aggravation et le sur-handicap ».

Il est alors pertinent de communiquer continuellement sur le sujet afin d'améliorer les pratiques psychoéducatives des mères et tantes SOS. Au-delà de ces précisions qui justifient la pertinence de cette étude, son bien-fondé est encore pertinent car elle trouve un appui dans la théorie constructiviste de Piaget (1975, 1978) et socioconstructiviste de Vygotski (1985/1933, 1998).

Dans les études sur le développement psychologique de l'enfant, « l'approche constructiviste […] est associée à la figure de Jean Piaget » (Guellai et Esseily, 2024, pp.74-122). Le paradigme constructiviste de Piaget nous offre « une approche de l'apprentissage fondée sur l'action » (Piaget, cité par Valéau, 2024, pp. 71-85). Cette

activité se réalise dans un interactionnisme de type binaire « sujet-objet ou, plus généralement, sujet-milieu » (Piaget, cité par Dolle, 2013, pp. 81-104) où l'apprenant manipule, expérimente et agit sur son environnement pour comprendre. Sa théorie repose sur le « développement progressif de l'intelligence chez l'enfant, ordonné par des stades » (Piaget cité par Ottavi, 2018, pp. 91-93). Le passage d'un stade à un autre qui exprime un niveau de « développement de la connaissance et de l'intelligence chez l'enfant » (Piaget, cité par Valéau, op., cit.) est marqué par une série de mécanismes d'adaptation cognitive expliquées avec des concepts clés (Piaget, 1975, 1978, op., cit.). Parmi ces concepts nous pouvons citer « l'assimilation, l'accommodation, l'équilibration, les schèmes ».

La théorie constructiviste de Piaget explique l'usage des outils de dépistage comme l'ASQ-3, le CHAT et la CARS-T en servant de cadre conceptuel pour évaluer à travers leurs items le développement global de l'enfant par tranche d'âge s'alignant ainsi sur sa vision de la succession des stades de développement. Ces items prennent en compte des concepts piagétiens sur la résolution de problèmes, (suivre trois directives différentes contenant les mots "sous", "entre", "au milieu de") qui reposent sur le concept de " l'intelligence pratique" piagétien. C'est encore le cas de la "coordination des schèmes secondaires" que nous identifions dans le questionnaire où l'enfant attrape un gros ballon avec les deux mains, utilisant ainsi un moyen pour atteindre un but en ajustant ou non sa prise pour saisir un objet de forme nouvelle. Cette prise ou non pour saisir un objet valide aussi les processus d'assimilation et d'accommodation. Au surplus, un item parmi tant d'autres comme "se déguiser et jouer à être quelqu'un d'autre" est une "coordination des schèmes", une transition vers la "fonction symbolique" piagétienne. Par ailleurs, demander à travers les items si l'enfant trace une ligne droite sur une feuille de papier c'est aussi vérifier si l'objet est intégré dans un schème d'action construit au moment chronologique attendu. Notons encore que demander à l'enfant de dire le nom d'au moins deux compagnons de jeu, à l'exclusion de ses frères et sœurs est le premier pas vers la décentration cognitive. Son absence indique une altération de l'interaction nécessaire à la co-construction des connaissances de type binaire.

L'autre appui théorique de la présente étude, la théorie socioconstructiviste de Vygotski (op. cit.) qui « incarne mieux que quiconque le courant environnementaliste de la psychologie du développement » (Marmion, 2022, pp. 165-168) stipule que les capacités cognitives telles que l'apprentissage et la résolution de problèmes se développent dans l'interaction sociale par la médiation avec l'utilisation d'outils culturels (comme le langage) : « ce qu'un enfant peut faire aujourd'hui en collaboration avec autrui, il peut le faire tout seul demain » (Vygotski, cité par Foulin et Mouchon, 2001, p.38). Pendant les activités d'apprentissage et de résolution de problème, « l'enfant bénéficie toujours d'une marge de progression, à condition qu'il soit accompagné hors de sa zone de confort, dans une zone proximale de développement » (ZPD) (Marmion, op. cit.). La ZPD est définie comme l'écart entre ce qu'un apprenant peut faire seul et ce qu'il peut faire au cours d'activités d'étayages avec un adulte ou un pair expert.

La théorie socioconstructiviste de Vygotski explique la pratique de l'ASQ-3, du CHAT et du CARS-T en plaçant l'interaction sociale (par exemple l'attention conjointe et le jeu de faire-semblant) bien souvent au cœur de leurs items. Ces items analysent la capacité de l'enfant à utiliser les outils de médiation sociale et culturelle (divers outils pour la communication, les mouvements, la vie sociale…) avec les notions comme "parfois" ou "avec de l'aide" donc dans la zone proximale de développement grâce à l'étayage de l'adulte présent dans l'environnement éducatif de l'enfant comme médiateur culturel. Ainsi, ces outils de dépistage évaluent des compétences nées de l'interaction de l'enfant avec son environnement culturel et social s'alignant ainsi sur la théorie socioconstructiviste vygotskienne.

Ce positionnement théorique et la revue de littérature qui a précédé nous amènent à la préoccupation principale suivante : comment les profils cliniques résultant de l'utilisation combinée des outils ASQ-3, CHAT et CARS-T permettent-ils d'adapter les dimensions de la prise en charge psychoéducative aux enfants en rupture familiale et éduqué en famille d'accueil ?

De cette question principale, nous dégageons l'objectif de cette étude qui est d'analyser les profils cliniques résultant de l'utilisation combinée des outils ASQ-3, CHAT et CARS-T afin d'adapter les dimensions de la prise en charge psychoéducative aux enfants en rupture familiale et éduqués en famille d'accueil.

1. Méthodologie

1.1 Terrain, population, échantillon

Le terrain de recherche est le Village d'Enfants SOS de Yamoussoukro (Côte d'Ivoire) situé dans la commune de Yamoussoukro, la capitale politique de la côte d'ivoire. Ce village possède sur son site, 10 maisons avec 7 enfants par maison soit 70 enfants qui sont sous la responsabilité éducative de 10 mamans SOS. Il existe des tantes qui relaient les mamans SOS en cas de repos ou de congé. Ce village possède aussi 2 maisons de transit, un jardin d'enfants (JESOS) et une école primaire (EPHG) que dirigent des enseignants affectés par l'État de Côte d'Ivoire. En dehors de son site, le champ d'action de ce village s'étend aux Familles Intégrées dans la Communauté (FIC) avec 4 maisons et 4 mamans et à 175 familles dans la communauté avec 526 enfants.

Le choix porté sur ce village est justifié par le fait que nous étions en poste dans ce village SOS en tant que psychologue vacataire du 01 janvier 2019 au 31 décembre 2020. Nous connaissons bien les besoins de cette structure d'accueil en général et particulièrement ceux des mères et tantes SOS qui étaient sous notre responsabilité psychoéducative. Une étude sur ce terrain est notre contribution à la formation des mères et tantes SOS pour une meilleure prise en charge des enfants ayant perdu ou qui risquent de perdre la prise en charge parentale.

En nous situant dans ce cadre social, notre population cible est l'ensemble des enfants du village SOS ayant perdu ou qui risquent de perdre la prise en charge parentale.

La technique d'échantillonnage retenue est celle du choix raisonné qui est une méthode non probabiliste où nous sélectionnons

délibérément des enfants pour représenter au mieux ceux en situation de rupture familiale que nous étudions sous forme d'étude de cas.

Cette technique nous a permis de sélectionner l'enfant K. S. 4 ans 1 mois et sa mère SOS que nous étudions sous forme d'étude de cas.

1.2 Instruments de collecte des données et modalités de dépouillement

Nos outils de collecte des données sont au nombre de trois.

Le premier outil utilisé est l'ASQ-3 (Ages and Stages Questionnaires, Third Edition ou Questionnaires sur les étapes du développement, troisième édition) développé par Bricker et Squires (1999) et traduit par Bonin et ses collègues (2000) qui s'adresse aux enfants âgés de 1 à 66 mois**.** La Structure du questionnaire comprend 30 items répartis équitablement dans 5 domaines de développement **:** la communication, la motricité globale, la motricité fine, la résolution de problèmes et l'adaptation socio-individuelle). L'âge de l'enfant K. S., 4 ans 1 mois, nous a conduit à retenir l'ASQ-3-48 mois (ou l'ASQ-3-48) réservé aux enfants de 45 mois 0 jours à 50 mois 30 jours. Pour la cotation, le parent répond à chaque item par Oui (10 points), Parfois (5 points) ou Pas encore (0 point). L'ASQ-3-48 permet d'évaluer de manière standardisée le niveau de développement global de l'enfant par rapport aux normes de son âge qui se présentent comme suit : la communication (30, 72 points), la motricité globale (32, 78 points), la motricité fine (15, 81 points), la résolution de problèmes (31, 30 points) et l'adaptation socio-individuelle (26, 60 points).

Le deuxième outil utilisé est le CHAT (Checklist for Autism in Toddlers, ou liste de contrôle pour l'autisme chez les tout-petits), élaboré par Baron-Cohen *et al.* (1992, 2000)**,** validé pour les enfants de moins de 3 ans**.** Sa structure et cotation se composent de deux étapes. La première est un questionnaire parental de 09 items fermés (Oui/Non) portant sur les comportements de l'enfant. La deuxième est un questionnaire de 05 items fermés (Oui/Non) destinés aux médecins ou aux travailleurs sociaux. Des items à risque élevé ou à risque moyen d'autisme nous situent sur les signes d'alerte précoces des troubles du spectre de l'autisme (TSA) dans des populations de tout-petits.

Le troisième outil utilisé est le CARS-T, (Childhood Autism Rating Scale - The Teacch Model, ou échelle d'évaluation de l'autisme infantile, version standardisée). Élaboré par Schopler *et al* (1980), la version française de référence a été traduite et adaptée par Rogé (1989)**.** Cet outil est utilisable pour les enfants à partir de 2 ans**.** Sa structure comporte 15 items explorant les relations sociales, l'imitation, les réponses émotionnelles, l'utilisation du corps et des objets, l'adaptation au changement, les réactions sensorielles, la communication verbale/non verbale, le niveau d'activité, l'homogénéité du fonctionnement intellectuelle, l'impression générale. Chaque item est coté de 1 (comportement normal) à 4 (comportement sévèrement anormal)**.** Un score total est calculé pour situer l'enfant non autistique, (15-29.5), légèrement à moyennement autistique, (30-36.5), sévèrement autistique, (37-60).

L'enfant K. S., 4 ans 1 mois et sa mère SOS retenus pour cette étude de cas sont soumis aux trois tests afin que les résultats qui en résultent orientent l'adaptation des dimensions de la prise en charge psychoéducative aux enfants en rupture familiale et éduqués en famille d'accueil.

1.3 Procédure de collecte des données

La collecte des données a été faite au village SOS de Yamoussoukro en présence de la mère SOS et de l'enfant par séance de questions réponses avec la mère sur les activités réalisées par l'enfant ou exécutées par lui en notre présence selon le contenu des items des trois tests. Cette procédure a facilité la réponse aux items ramenant ainsi le pourcentage des données manquantes à zéro pour cent (0%).

1.4 Méthodes et techniques d'analyse des données

L'analyse des données recueillies a été faite à partir d'une analyse qualitative basée sur l'exploitation des réponses aux items des trois tests pour dresser un portrait clinique de l'enfant. Elle a été aussi faite à partir d'une analyse quantitative pour le calcul des scores des domaines étudiés afin de savoir si l'enfant se situe "dans la zone blanche" dite zone de développement normal, dans la "zone grise" dite zone de surveillance et de besoin de stimulation ou "dans la zone

noire" dite zone à besoin d'évaluation plus approfondie. L'analyse quantitative a aussi été utilisée pour comptabiliser le nombre d'items à risque élevé ou à risque moyen d'autisme. Elle a encore été utilisée pour identifier la somme des notes des 15 items afin de déterminer la sévérité des troubles du spectre de l'autisme de l'enfant : "non autiste" (15-29.5), "autisme léger" (30-36.5), ou "autisme sévère" (37-60).

2. Résultats

L'objectif de la présente étude est d'analyser les profils cliniques résultant de l'utilisation combinée des outils ASQ-3, CHAT et CARS-T afin d'adapter les dimensions de la prise en charge psychoéducative aux enfants en rupture familiale et éduqués en famille d'accueil.

Les résultats de l'utilisation combinée de ces outils présentent les dimensions du développement global de l'enfant K. S., 4 ans 1 mois, ses besoins de développement et les propositions d'ajustements continus des interventions psychoéducatives adaptées à un enfant de son âge.

2.1. Dimensions du développement global, besoins de développement et proposition d'ajustements continus des interventions psychoéducatives de l'ASQ-3-48

L'ASQ-3-48 évalue le développement global à travers 5 dimensions : la communication, la motricité globale, la motricité fine, la résolution de problèmes et les aptitudes individuelles et sociales.

2.1.1 - Communication

Le profil clinique de K. S. dans la communication reste caractérisé par ses insuffisances et ses progrès.

Ses insuffisances exprimant ses besoins de développement :

- K. S. ne nomme pas au moins trois éléments d'une catégorie courante. Exemple : il ne peut citer trois aliments qu'il consomme ;
- il ne peut répondre à la question : « Qu'est-ce que tu fais quand tu as faim ? » (Quand il a faim, il ne dit rien, il va à la cuisine, cherche son assiette, il ne demande pas à manger) ;

- il ne peut nommer deux caractéristiques pour décrire un objet courant. Exemple : quand on lui dit « Parle-moi de ta balle », il ne dit rien ;
- il n'utilise pas les marques du pluriel et du féminin comme « j'entends les chiens, j'ai des grosses balles » ;
- il n'utilise pas tous les mots d'une phrase pour faire des phrases correctes.

Ses progrès :
- sans qu'on l'aide en montrant du doigt ou en répétant, K. S. suit parfois trois directives qui n'ont pas de rapport entre elles. Exemple : il s'exécute parfois lorsqu'on lui dit « Tape dans tes mains, va jusqu'à la porte et assied-toi » ;
- quand il est fatigué, il dit parfois « je fais un dodo ».

Bilan : le score résultant de ses progrès est de 10 / 60. Ce score reste largement inférieur au seuil minimum qui est de 30,72. Ce qui révèle une communication verbale sévèrement anormale.

Proposition d'ajustements continus des interventions psychoéducatives : il faut entrainer l'enfant à surmonter ces difficultés dans la répétition des faits ci-dessus énumérés afin de stimuler son langage. Ici, la patience est fortement recommandée dans l'acquisition des habiletés dans le domaine de la communication.

2.1.2 - Motricité globale

Le profil clinique de K. S. dans la motricité globale reste caractérisé par ses insuffisances et ses acquis.

Ses insuffisances exprimant ses besoins de développement :
- K. S. ne peut grimper les barreaux de l'échelle du toboggan du terrain de jeu, et se laisser glisser sans aide ;
- en se tenant debout, il ne peut lever le bras à hauteur de l'épaule et lancer vers l'avant une balle en direction d'une personne située à environ 1,8 m de distance ;
- il ne peut sauter sur un seul pied au moins une fois sans perdre l'équilibre ni tomber ;

- il ne peut sauter vers l'avant sur une distance d'environ 50 cm, en partant à pieds joints ;
- en ne se tenant sur aucun support, il ne peut se tenir sur un pied pendant au moins 5 secondes sans perdre l'équilibre ni reposer le pied par terre.

Ses acquis :
- K. S. attrape, avec les deux mains, un gros ballon lancé à partir d'une distance d'environ 1,5 m de lui.

Bilan : le score résultant de ses acquis est de 10 / 60. Ce score est négativement coté car inférieur au seuil minimum qui est de 32,78 ; ce qui indique des troubles de la motricité globale.

Proposition d'ajustements continus des interventions psychoéducatives : il faut travailler pour aider l'enfant à surmonter ces difficultés avec des exercices similaires ou familiers.

2.1.3 - Motricité fine

Le profil clinique de K. S. dans la motricité fine reste caractérisé par ses insuffisances et ses acquis.

Ses insuffisances exprimant ses besoins de développement :
- il ne peut couper une feuille de papier en deux en suivant une ligne plus ou moins droite et en maniant correctement les ciseaux ;
- il ne peut reproduire les formes suivantes : **L + I O ;**
- il ne peut défaire un ou plusieurs boutons sur ses propres vêtements ou sur ceux d'une poupée ;
- il ne peut dessiner des personnages qui comportent au moins trois des caractéristiques suivantes : tête, yeux, nez, bouche, cou, cheveux, tronc, mains, jambes ou pieds ;
- il ne peut colorier selon les limites d'un dessin.

Ses acquis :
- K. S. peut assembler un puzzle de 6 pièces.

Bilan : le score résultant de ses acquis est de 10 / 60. Ce score reste inférieur au seuil minimum qui est de 15,81 ; ce qui indique des retards dans ce domaine.

Proposition d'ajustements continus des interventions psychoéducatives : il faut travailler pour aider l'enfant à surmonter ces difficultés avec des exercices similaires ou familiers.

2.1.4 - Résolution de problème

Le profil clinique de K. S. dans la résolution de problème reste caractérisé par ses insuffisances.

Ses insuffisances exprimant ses besoins de développement :

- K. S. ne peut répéter uniquement deux chiffres dans le même ordre, comme par exemple : il ne peut dire uniquement « sept trois » ;
- parmi trois objets de différentes tailles, il ne peut montrer le plus petit ;
- il ne peut suivre trois directives différentes contenant les mots « sous », « entre », « au milieu de ». Exemple : si on lui demande de « mettre une chaussure sous le lit », il ne peut s'exécuter ;
- il ne peut nommer cinq couleurs différentes comme rouge, bleu, jaune, orange, noir, blanc, rose ;
- il ne peut se déguiser et jouer à être quelqu'un d'autre ;
- il ne peut compter cinq objets placés devant lui en disant dans l'ordre, un, deux, trois, quatre, cinq.

Bilan : aucun progrès ni acquis n'est observé et le score est de 00 / 60 pour un seuil minimum de 31,30. Ce score quasi nul montre que K. S. n'a aucune capacité à résoudre un problème. Cette cotation négative révèle une anomalie sévère dans la résolution de problèmes.

Proposition d'ajustements continus des interventions psychoéducatives : des exercices prenant en compte ces insuffisances seront menés progressivement.

2.1.5 - Aptitudes individuelles ou sociales

Le profil clinique de K. S. dans les aptitudes individuelles ou sociales reste caractérisé par ses insuffisances, ses progrès et ses acquis.

Ses insuffisances exprimant ses besoins de développement :

- K. S. ne peut répondre aux questions suivantes :
  - Quel est ton prénom ?
  - Quel est ton âge ?
  - Quel est ton nom de famille ?
  - Dans quelle ville est-ce que tu habites ?
  - Est-ce que tu es un garçon ou une fille ?
  - Quel est ton numéro de téléphone ?
- il ne peut pas se laver les mains avec de l'eau et du savon puis ne peut pas s'essuyer avec une serviette sans aide ;
- il ne peut pas se brosser les dents sans aide, en mettant du dentifrice sur la brosse à dent, et en se brossant toutes les dents.

Ses progrès :

- à table, il peut parfois se servir seul de la nourriture à l'aide d'ustensiles ou de couverts.

Ses acquis

- K. S. nous dit le nom d'au moins deux compagnons de jeu, à l'exclusion de ses frères et sœurs ;
- il s'habille et se déshabille tout seul à l'exception des boutons, des boutons-pressions et des fermetures éclaires.

Bilan : le score résultant de ses progrès et acquis est de 25 / 60. Ce score, quoique moyen, reste inférieur au seuil minimum qui est de 26,60. Cette cotation à la limite du seuil moyen montre quelques potentialités chez K. S. dont on pourra se servir dans l'élaboration d'un projet thérapeutique le concernant.

Proposition d'ajustements continus des interventions psychoéducatives : il faudra ici l'aider à surmonter ses difficultés dans des activités individuelles et l'entrainer à jouer d'abord à côté des

autres afin qu'il apprenne à imiter et ensuite avec les autres dans des activités de groupes dans le but de l'initier après aux jeux de rôle.

Ces ajustements proposés dans ces 5 domaines sont orientés vers l'activité du sujet pour l'acquisition de compétences dans les domaines identifiés par les items de cet outil, avec un accompagnement de ses pairs ou de la personne assurant sa prise en charge et un réajustement de l'environnement de vie.

2.2. Dimensions du développement global, besoins de développement et proposition d'ajustements continus des interventions psychoéducatives du CHAT

2.2.1 Attention conjointe

***Profil clinique de K. S. dans* l'attention conjointe *(ses insuffisances exprimant ses besoins de développement*)** :

***Item A-9* :** K. S. n'a jamais rapporté des objets ou des jouets pour les montrer à ses parents.
***Item B-II* :** lorsqu'on attire l'attention de K. S., puis qu'on pointe de l'autre côté de la pièce en direction d'un objet intéressant et que l'on dit « oh regarde », il ne regarde pas pour voir ce que nous désignons.

Bilan : ce comportement indiqué par le contenu de ces items révèle une absence de « l'attention conjointe » de K. S. Ainsi, il n'existe pas chez lui d'interaction à valeur communicative avec les autres.

Proposition d'ajustements continus des interventions psychoéducatives : pour corriger cette insuffisance, la création de situations impliquant chez lui une attention conjointe est alors nécessaire. Le support visuel est véritablement un bon outil d'implication du sujet. Cela peut se faire en lisant un livre d'images et en pointant du doigt les images correspondantes. Ici, il est bien de l'encadrer en alternant le regard de la mère ou de la tante SOS du livre vers l'enfant et de l'enfant vers le livre. La mise en place de situations surprises est aussi une bonne façon de travailler l'attention conjointe : cachez des objets et trouvez-les en exagérant vos réactions. Par exemple on cache un stylo dans le sac et on le cherche avec l'enfant

avec inquiétude puis on le soulève dans le sac et on marque notre grande satisfaction en applaudissant.

2.2.2 Pointage protodéclaratif

Profil clinique de K. S. dans le pointage protodéclaratif (ses insuffisances exprimant ses besoins de développement)

Item A-7 : K. S. a déjà pointé de l'index pour montrer son intérêt pour quelque chose.
Item B-IV : lorsqu'on demande à K. S. « où est la lumière ? » ou « montre-moi la lumière », il ne la désigne pas de l'index.

Bilan : selon les contenus de ces items, le pointage protodéclaratif reste ici instable et son acquisition reste indécise. Or, dans le pointage protodéclaratif, l'enfant pointe pour partager un état émotionnel avec l'autre concernant l'objet pointé. Le geste pourrait se traduire chez K. S. par un « regarde » ou « c'est joli » ou « ça fait peur ». Le pointage ici est une compétence complexe, bien plus qu'une simple coordination sensori-motrice entre des individus, il se transforme en acte communicatif, en catalysant l'attention des individus autour d'un objet et des émotions sous-tendues à ce dernier ; ce qui favorise l'acquisition de la parole et des processus de la pensée.

Proposition d'ajustements continus des interventions psychoéducatives : il faut entraîner K. S. à mettre en pratique de manière répétée les activités liées au contenu de l'item A-7 à cause de la non réalisation du contenu de l'Item B-IV. Ici, des activités similaires proposées à K. S. ne seront pas à écarter. Il faut encore l'entraîner à la pratique régulière d'activités liées ou proches au (du) contenu de l'item B-IV ou à surmonter d'autres activités liées au pointage protodéclaratif.

2.2.3 Jeu du faire semblant

Profil clinique de K. S. dans le jeu du faire semblant (ses insuffisances exprimant ses besoins de développement)

Item A-5 : K. S. n'a pas encore joué à la dinette. Dans les jeux d'enfant, la dinette est un petit repas généralement simulé que les

enfants prennent entre eux. Il n'a pas encore fait semblant de verser du café, en utilisant les ustensiles ou en pratiquant d'autre jeu de « faire semblant ».
***Item B-III* :** lorsqu'on attire K. S. puis qu'on lui donne une dinette et qu'on lui dit « peux-tu faire du café ? », il ne fait pas semblant de verser le café, ou de le boire.

Bilan : Ces faits indiquent, chez K. S., une absence du jeu du faire semblant. Ces jeux sont pourtant nécessaires pour la pratique des activités d'imitation si nécessaires à l'acquisition des connaissances par la reproduction de faits et gestes chez les autres.

Proposition d'ajustements continus des interventions psychoéducatives : il faut se mettre en situation de jeu avec K. S. en respectant son niveau cognitif et moteur. Ici, l'encadreur doit être moins exigent.

Bilan global : au regard des résultats du CHAT, l'on note :
- une absence de l'attention conjointe ;
- un pointage protodéclaratif instable et donc pas suffisamment acquis ;
- une absence du jeu du faire semblant.

L'on conclut à **«** un risque modéré d'autisme **»** chez l'enfant K. S. Des observations supplémentaires notamment avec le CARS-T s'avèrent nécessaires.

En définitive, pour un développement efficace de K. S., il faut agir sur les interactions. Il lui faut un programme de développement axé sur : l'imitation réciproque - les activités de désignation - l'exploitation d'images - la pratique de jeux moteur et symbolique - l'expression des émotions - l'exercice de l'attention partagée et conjointe.

Ces ajustements sont orientés vers l'activité du sujet pour l'acquisition de compétences dans les domaines identifiés par les items de cet outil, avec l'accompagnement de la personne assurant sa prise en charge et avec un réajustement de son environnement de vie.

2.3. Dimensions du développement global, besoins de développement et proposition d'ajustements continus des interventions psychoéducatives du CART-T

Les profils cliniques de K. S. révélés par le CART-T dans les 15 domaines visés par les items se présentent comme suit.

2.3.1 Relations sociales

Ses insuffisances exprimant ses besoins de développement : nous observons chez K. S. des anomalies mineures dans les relations. Il peut éviter de regarder l'adulte dans les yeux, il peut éviter l'adulte ou se montrer réticent si l'interaction est initiée de manière forcée. Il s'approche des autres enfants qui jouent. Cependant, lorsqu'il joue, la présence d'autrui ne le perturbe pas.

2.3.2 Imitation

Ses insuffisances exprimant ses besoins de développement : l'imitation reste légèrement anormale. Elle n'est pas acquise de façon durable. Ses acquis se perdent deux ou trois jours après.

2.3.3 Réponses émotionnelles

***Ses insuffisances exprimant ses besoins de développement* :** les réponses émotionnelles de K. S. sont appropriées à l'âge et à la situation. Cependant, il peut cogner le mur avec la tête suite à de fortes émotions négatives.

2.3.4 Utilisation du corps

Ses insuffisances exprimant ses besoins de développement : l'utilisation du corps est normale pour l'âge de K. S. À cause de ses problèmes de vue, il prend beaucoup de précautions dans la marche.

2.3.5 Utilisation des objets

***Ses insuffisances exprimant ses besoins de développement* :** l'intérêt de K. S. pour les jouets et autres objets est normal. L'utilisation des objets est appropriée. Notons cependant que tout ce qui est lumineux dans les jouets l'attire et il y porte une attention particulière.

2.3.6 Adaptation aux changements

***Ses insuffisances exprimant ses besoins de développement* :** la réaction de K. S. au changement est légèrement anormale. Quand un adulte essaie de changer les tâches, il peut continuer la même activité ou utiliser le même matériel, mais parfois il accepte ce changement**.**

2.3.7 Réponses visuelles

***Ses insuffisances exprimant ses besoins de développement* :** les réponses visuelles de K. S. sont légèrement anormales. Il a subi une opération de cataracte congénitale à l'âge de 06 mois. Il voit bien sauf que la lumière et le soleil le fatiguent beaucoup. Il faut rappeler de temps en temps à l'enfant de regarder les objets. Il peut être plus intéressé par les miroirs ou les lumières que par ses pairs, il peut parfois fixer le regard dans le vide. Il peut aussi éviter de regarder les gens dans les yeux.

2.3.8 Réponses auditives

***Ses insuffisances exprimant ses besoins de développement* :** rien à signaler

2.3.9 Goût-Odorat-Toucher (réponses et modes d'exploration)

***Ses insuffisances exprimant ses besoins de développement* :** les réponses de K. S. sont légèrement anormales aux stimuli gustatifs, olfactifs et tactiles. L'on note une utilisation légèrement anormale des 5 sens. Cependant, depuis le bas âge, il n'a pas tendance à mettre les objets dans sa bouche puisqu'il ne voyait pas bien.

2.3.10 Peurs, anxiété

Ses insuffisances exprimant ses besoins de développement : les sentiments tels que la peur et l'anxiété chez K. S. sont des sentiments intermédiaires entre le normal et le légèrement normal. Quand il perçoit l'activité comme une intervention médicale, il développe alors une forte peur.

2.3.11 Communication verbale

Ses insuffisances exprimant ses besoins de développement : le niveau de communication verbale de K. S. est un niveau intermédiaire

entre le niveau de communication verbale légèrement anormal et le niveau de communication verbale moyennement anormal. Le langage présente un retard global. La communication verbale se fait par prononciation de mots simples tels que « papa », « maman », « tantie ». Cependant, il chante parfaitement quelques chansons pour enfant. La production de phrases n'est pas encore acquise et la production de mots n'est pas stable. Ses acquis se perdent en général après trois jours.

2.3.12 Communication non-verbale

***Ses insuffisances exprimant ses besoins de développement* :** rien à signaler.

2.3.13 Niveau d'activité

Ses insuffisances exprimant ses besoins de développement : le niveau d'activité de K. S. est légèrement anormal. Il est parfois agité ou plutôt ralenti. Son niveau d'activité n'interfère que très légèrement avec sa performance.

2.3.14 Niveau et homogénéité du fonctionnement intellectuel

Ses insuffisances exprimant ses besoins de développement : le fonctionnement intellectuel de K. S. est légèrement anormal. Il n'a pas une intelligence aussi développée que celle d'un enfant du même âge et ses capacités sont également retardées dans tous les domaines. C'est maintenant que l'enfant apprend à s'adapter et à faire comme les autres enfants de son âge après les trois opérations de cataracte subies à l'hôpital.

2.3.15 Impression générale

Ses insuffisances exprimant ses besoins de développement : la maman SOS dit que son enfant SOS K. S., n'est pas autiste. Pour elle, les retards de son enfant sont dus aux trois opérations qu'il a subies et aux aller et retour entre la maison et les hôpitaux.

Bilan : selon les contenus de ces items le score total est de 24. Ce score situe K. S. en situation de « non autistique ». Le contenu des items de l'échelle nous éclaire à ce sujet. Nous aboutissons à une telle conclusion alors qu'avec le test du CHAT nous avons conclu à « un

risque modéré d'autisme » chez lui. Des observations supplémentaires s'avèrent alors nécessaires.

Observation supplémentaire : ces faits nous ont conduits à une observation directe sur le terrain, à l'école maternelle dans sa classe. Nous y découvrons que K. S. développe une hyperactivité le plus souvent incompatible avec toute pratique de classe : il s'assoit rarement, se promène beaucoup dans la cour de l'école aux heures de cours avec des jouets en main composés essentiellement d'objet de récupération. Nous observons aussi chez lui un retrait relationnel avec ses pairs avec cependant une orientation préférentielle de ses relations vers les objets : en classe, il s'amuse beaucoup avec les fenêtres, éteint régulièrement les ampoules, met en arrêt les ventilateurs. Il aime les objets de couleur. À l'école, l'exécution de certaines conduites instinctuelles liées à certains besoins biologiques existentiels reste encore sous tutelle à cause d'une absence de communication verbale. On lui porte la nourriture à la bouche, même quand il a soif, il ne le signale pas.

Proposition d'ajustements continus des interventions psychoéducatives

Ces faits nous invitent à la prudence et à proposer un projet thérapeutique adapté aux enfants à « risque modéré d'autisme » en attendant des tests supplémentaires. À partir des contenus des CART-T, du CHAT et de ces observations supplémentaires, il faudra mettre en place un projet thérapeutique adapté à chaque domaine. Cette prise en charge devra prendre en compte les insuffisances révélées par le test. Correctement exécutée, elle permettra à K. S. de migrer positivement vers le niveau le moins grave de l'échelle de mesure des troubles autistiques.

Ces ajustements sont orientés vers l'activité du sujet pour l'acquisition de compétences dans les domaines identifiés par les items de cet outil, avec l'accompagnement de la personne assurant sa prise en charge et avec un réajustement de son environnement de vie.

3. Discussion

L'objectif de la présente étude est d'analyser les profils cliniques résultant de l'utilisation combinée des outils ASQ-3, CHAT et CARS-T afin d'adapter les dimensions de la prise en charge psychoéducative aux enfants en rupture familiale et éduqués en famille d'accueil.

Les résultats obtenus présentent un profil clinique de K. S. caractérisé par les retards de développement global avec l'ASQ-3 dans la communication, la motricité globale, la motricité fine, la résolution de problèmes et les aptitudes individuelles et sociales avec des scores inférieurs aux seuils minima. Les résultats obtenus présentent aussi un profil clinique qui situe K. S. en situation de « non autistique » alors que les résultats du CHAT présentent un profil clinique caractérisé par les signes d'alerte précoces des troubles du spectre de l'autisme (TSA) avec une absence de l'attention conjointe ; un pointage protodéclaratif instable et une absence du jeu du faire semblant.

Ces profils cliniques et les scores obtenus dictent les priorités psychoéducatives globalement orientées vers l'activité du sujet pour l'acquisition de compétences dans les domaines identifiés par les items de ces trois outils. Pour assurer l'efficacité de ces priorités psychoéducatives ; les activités du sujet sont proposées avec l'accompagnement des personnes assurant sa prise en charge et avec un réajustement de l'environnement de vie de l'enfant.

Ces résultats pourraient s'expliquer par la théorie constructiviste de Piaget (1975 et 1978, op.cit.) et socioconstructiviste de Vygotski (1985/1933, 1998, op.cit.) utilisés couramment en psychologie du développement.

La théorie constructiviste de Piaget explique ces résultats. En réalité, le contenu des items des outils utilisés qui orientent les priorités psychoéducatives exposées comme résultat de cette étude mettent en avant un concept clé : l'activité du sujet. Ce concept est le fondement de l'approche constructiviste piagétienne présentée comme

« une approche de l'apprentissage fondée sur l'action » (Piaget, cité par Valéau, op. cit.). Ces priorités psychoéducatives reposent aussi sur les scores de l'enfant enregistrés suite aux réponses aux items qui ne sont que les effets des mécanismes d'adaptation cognitive expliquées par Piaget avec des concepts de "l'assimilation, l'accommodation, l'équilibration, les schèmes". Les fondements constructivistes des items qui dictent les résultats orientés sur les priorités psychoéducatives sont perceptibles dans l'attention conjointe qui exprime la sortie d'un autre concept piagétien : l'égocentrisme initial. Ils sont aussi perceptibles dans le jeu du faire semblant qui construit le concept de la fonction symbolique. Ils sont encore perceptibles dans les réponses sensorielles proposées qui permettent à l'enfant d'atteindre les concepts d'équilibration de mécanismes cognitifs. Au surplus, la résolution de problèmes exprime un niveau de « développement de la connaissance et de l'intelligence chez l'enfant » (Piaget, cité par Valéau, op., cit.) qui marque la transition entre les stades de développement comme la période sensori-motrice et la période préopératoire (Piaget cité par Ottavi, 2018, op. cit.). Et les activités du sujet proposées avec non seulement l'accompagnement des personnes assurant la prise en charge psychoéducative de l'enfant mais aussi avec un réajustement de l'environnement de vie de l'enfant reposent sur l'interactionnisme piagétien de type binaire « sujet-objet ou, plus généralement, sujet-milieu » (Piaget, cité par Dolle, 2013, op.cit.) où l'apprenant manipule, expérimente et agit sur son environnement pour comprendre. En somme, chaque item de ces outils et les priorités psychoéducatives exposées reposent sur la théorie constructiviste piagétienne.

Au-delà de Piaget, le contenu des items des outils utilisés, en proposant des interventions psychoéducatives axées sur l'interaction sociale avec les personnes assurant la prise en charge de l'enfant avec un réajustement de son environnement de vie, mettent en application les fondamentaux de la théorie socioconstructiviste de Vygotski qui « incarne mieux que quiconque le courant environnementaliste de la psychologie du développement » (Marmion, 2022, op.cit.). Le soutien à fournir par l'adulte, proposé dans les contenus des items de ces outils comme priorités psychoéducatives, n'est que la mise en application des concepts vygotskien de la médiation sociale où un accompagnant,

dépositaire de la culture sociale, offre un soutien ajusté (étayage) à l'apprenant dans sa zone proximale de développement (ZPD), (Marmion, op. cit.) afin que ce dernier réussisse ce qu'il ne ferait pas seul. Ce soutien est aussi la mise en application des concepts de la médiation instrumentale (sémiotique) par l'utilisation de symboles et d'outils (utilisation des objets, attention conjointe, pointage protodéclaratif, jeu du faire semblant) en premier lieu le langage, transformant les fonctions psychiques élémentaires en fonctions supérieures. Pour vygotski, le langage social, préconisé dans certains items, devient un langage intérieur structurant la pensée. Le réajustement de l'environnement de vie de l'enfant qui se fait sous la conduite de l'adulte est une mise en œuvre du modèle interactionniste « ternaire » (Laval, 2025, p. 87-108) caractérisé par l'interaction entre l'individu en situation d'apprentissage, l'objet d'apprentissage et le contexte culturel dans lequel se réalise cet apprentissage. Ce modèle ternaire sur lequel repose le contenu de certains items proposés comme priorité psychoéducative est présenté par Vygotski pour stimuler les capacités cognitives telles que l'apprentissage et la résolution de problèmes.

Dans le prolongement des théories de Piaget et Vygotski, ces résultats contenus dans ces items qui dictent les priorités psychoéducatives orientées sur les activités du sujet, l'accompagnement des personnes assurant la prise en charge et le réajustement de l'environnement de vie pour stimuler ses capacités cognitives du sujet reposent aussi sur les autres modèles d'éducation cognitive. Le postulat central de l'éducation cognitive est que « l'intelligence est éducable, c'est-à-dire qu'il est possible de développer, au moyen de méthodes spécifiques, des stratégies mentales permettant la réussite dans les apprentissages et l'adaptation à des situations nouvelles » (Huteau et Loarer, 1996, p.28). Les approches basées sur les confrontations sociocognitives de Doise et Mugny (1997), Perret-Clermont (1979) ainsi que de Mugny et Carugati, (1991), centrées sur l'analyse des relations entre « processus interpersonnels » et « processus intra personnels » comme les relations qui existent entre l'enfant en famille d'accueil et les mères et tantes SOS en sont des théories de références. Cette confiance qui guide

l'éducation cognitive guide aussi les priorités psychoéducatives proposées.

L'originalité de cette étude réside dans le fait qu'elle a lieu avec une mère SOS et son enfant SOS en rupture familiale et éduqué en famille d'accueil.

Ces profils cliniques et les scores obtenus qui dictent les priorités psychoéducatives globalement orientées vers l'activité du sujet, l'accompagnement des personnes assurant sa prise en charge avec un réajustement de l'environnement de vie de l'enfant se présentent comme des nouveaux paradigmes offerts par les tests ASQ-3, CHAT et CARS-T aux mères et tantes SOS dans la prise en charge des enfants en famille d'accueil dans un village SOS.

Bien que les résultats de cette recherche apportent un complément de connaissances dans la prise en charge psychoéducative des enfants en rupture familiale et éduqué en famille d'accueil, il convient de noter que certaines limites qui nous situent sur les perspectives de la recherche sont à prendre en compte dans les études ultérieures sur le sujet. La première a peut-être porté sur des biais de passation résultant de la perception de la mère SOS ayant sûrement abouti à une surévaluation involontaire des compétences de l'enfant le situant en situation de « non autistique » alors que le test du CHAT conclu à « un risque modéré d'autisme » chez lui. La deuxième, liée à l'évaluation unique, ne rend pas compte des compétences évolutives de l'enfant en famille d'accueil comme l'aurait fait une étude longitudinale. Malgré ces limites, la connaissance des dimensions de la prise en charge psychoéducative de l'enfant en rupture familiale proposées par les tests ASQ-3, CHAT et CARS-T apportera un renouveau dans l'encadrement en famille d'accueil.

Conclusion

La présente étude de cas a été réalisée avec une mère SOS et son enfant SOS en rupture familiale et éduqué en famille d'accueil. Son objectif est d'analyser les profils cliniques résultant de l'utilisation combinée des outils ASQ-3, CHAT et CARS-T afin d'adapter les dimensions de la prise en charge psychoéducative aux enfants en

rupture familiale et éduqués en famille d'accueil. Dans la démarche méthodologique, nous avons utilisé trois outils de collecte des données que sont l'ASQ-3 (Ages and Stages Questionnaires, Third Edition ou Questionnaires sur les étapes du développement, troisième édition), le CHAT (Checklist for Autism in Toddlers ou liste de contrôle pour l'autisme chez les tout-petits), le CARS-T, (Childhood Autism Rating Scale - The Teacch Model, ou échelle d'évaluation de l'autisme infantile, version standardisée).

L'analyse des données recueillies a été faite à partir d'une analyse qualitative basée sur l'exploitation des réponses aux items des trois tests pour dresser un portrait clinique de l'enfant. Elle a été aussi faite à partir d'une analyse quantitative pour identifier le niveau de développement global de l'enfant par rapport aux normes de son âge, détecter les signes d'alerte précoces des troubles du spectre de l'autisme et pour situer la sévérité des troubles du spectre de l'autisme de l'enfant.

Les résultats obtenus présentent un profil clinique de K. S. caractérisé par les retards de développement global avec l'ASQ-3 dans la communication, la motricité globale, la motricité fine, la résolution de problèmes et les aptitudes individuelles et sociales avec des scores inférieurs aux seuils minima. Les résultats obtenus présentent aussi un profil clinique qui situe K. S. en situation de « non autistique » alors que les résultats du CHAT présentent un profil clinique caractérisé par les signes d'alerte précoces des troubles du spectre de l'autisme (TSA) avec une absence de l'attention conjointe, un pointage protodéclaratif instable et une absence du jeu du faire semblant. Ces profils cliniques et les scores obtenus dictent les priorités psychoéducatives globalement orientées vers l'activité du sujet pour l'acquisition de compétences dans les domaines identifiés par les items de ces trois outils avec l'accompagnement des personnes assurant la prise en charge et un réajustement de l'environnement de vie.

Cette étude, en présentant les profils cliniques résultant de l'utilisation combinée des outils ASQ-3, CHAT et CARS-T afin d'adapter les dimensions de la prise en charge psychoéducative aux enfants en rupture familiale et éduqués en famille d'accueil, ouvre un

nouveau paradigme dans la prise en charge des enfants placés dans les villages SOS.

Références bibliographiques

AYLWARD Glen Patrick, 1997, « Conceptual issues in developmental screening and assessmentç », Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics, 18, 240-249

BALLET Jérôme, DELPY Léo, DOFFOU Pulchérie, KONAN Arsène, KONAN Michel, KANOTÉ Francis, KOUASSI Joël, KOUAMÉ Séverin Yao et OLIÉ Louis, 2021, « Quelle protection de l'enfance en Côte d'Ivoire ? », Mondes en développement, 193(1), 27-45. https://doi.org/10.3917/med.193.0031.

BARON-COHEN Simon *et al.*, 2000, « The early identification of autism: the Checklist for Autism in Toddlers (CHAT) », Journal of the Royal Society of Medecine, 93, 521-525. https://docs.autismresearchcentre.com/tests/CHAT_Fran%C3%A7aise.pdf Traduction libre (2011) par Nelly Labruyère, neuropsychologue

BARON-COHEN Simon, ALLEN Jane, & GILLBERG, Christopher, 1992, « Can autism be detected at 18 months ? The needle, the haystack, and the CHAT », British Journal of Psychiatry, 161, 839-843.

BONIN Marthe, ROBAEY Philippe, VANDAELE Sylvie, BASTIN Georges, & LACROIX Véronique, 2000. *ASQ : Questionnaire sur les étapes du développement : Évaluation de l'enfant par les parents*. 2ème édition. Baltimore : Paul H. Brookes Publishing Co.

BRICKER Diane, SQUIRES Jane, MOUNTS Linda, POTTER LaWanda, NICKEL Robert, TWOMBLY Elizabeth, & FARRELL Jane, 1999. *Ages and Stages Questionnaires : A Parent-Completed,Child-Monitoring System*, 2ème Edition. Baltimore : Paul H. Brookes Publishing Co.

CARON Françoise, 2024, « Les villages d'enfants SOS : un modèle unique », 6 mars 2024, Proteste, la revue de la fédération de l'entraide protestante, https://regardsprotestants.com/bien-vivre/les-villages-denfants-sos-un-modele-unique/

DAMVILLE Emmanuel, 2016. *Impact de l'évaluation pluridisciplinaire des enfants présentant un trouble envahissant du*

développement sur l'alliance thérapeutique avec l'équipe soignante : recherche en méthode mixte, Psychologie, Université Sorbonne, Paris, https://theses.hal.science/tel-05044503v1/file/va_Damville_Emmanuel.pdf

DOISE Willem et MUGNY Gabriel, 1997. *Psychologie sociale et développement cognitif*, A. Colin, Paris

DOLLE Jean-Marie, 2013, « La notion d'apprentissage dans la perspective de l'épistémologie génétique Quelques réflexions », Revue internationale de psychosociologie et de gestion des comportements organisationnels - *RIPCO*, 81-104. https://doi.org/10.3917/rips1.047.0081.

DUGUE Aurélie, 2007, « L'enfant et la communauté internationale », Bulletin de l'Institut Pierre Renouvin, 25(1), 43-53. https://doi.org/10.3917/bipr.025.0043.

FOIGNET-POHREN Fabienne, 2023, « L'association SOS Villages d'enfants, l'audace à la croisée des besoins des enfants et des territoires », Cahiers de l'enfance et de l'adolescence, 10(2), 209-216. https://doi.org/10.3917/cead.010.0209.

FOULIN Jean-Noël et MOUCHON Serge, 2001. *Psychologie de l'éducation*, Nathan Université, Paris

GUELLAI Bahia et ESSEILY Rana, 2024. Chapitre 3. Les grandes théories en psychologie du développement. *Psychologie du développement : Cours, méthodes, entraînement* (2e éd., pp. 74-122). Dunod. https://shs.cairn.info/psychologie-du-developpement-2e-ed--9782100869510-page-74?lang=fr.

HUTEAU Michel et LOARER Éric, 1996, « L'éducation cognitive, un concept pertinent, mais des méthodes à améliorer », in la revue française *SCIENCES HUMAINES*, hors-série n° 12, février, mars 1996, « Eduquer et former »

KOUAKOU Fiendi Pira, 2006, « Les organismes d'intervention auprès des enfants de la rue à Abidjan (côte d'ivoire) : représentations sociales et stratégies d'intervention », Université du Québec à Montréal, file:///C:/Users/HP%20640/Downloads/M9442.pdf

LAVAL Virginie, 2025. Chapitre 4. Les théories de Lev Vygotski (1896-1934) et de Jérôme Bruner (1915-2016) *Psychologie du développement : Modèles et méthodes* (p. 87-108). Dunod. https://shs.cairn.info/psychologie-du-developpement--9782100871698-page-87?lang=fr.

MAIGRET Géraldine, GENTAZ Édouard et LEJEUNE Fleur, 2025, « Prévenir les troubles du comportement de type externalisé dans le contexte de la prématurité », Contraste, 62(2), 107-120. https://doi.org/10.3917/cont.062.0107.

MARMION Jean-François, 2022. La zone proximale de développement 1934, Moscou. *Histoire de la psychologie : De Pinel à Damasio* : 101 dates clés (p. 165-168). Éditions Sciences Humaines. https://shs.cairn.info/histoire-de-la-psychologie-en-101-dates--9782361067106-page-165?lang=fr.

MAZOYER Martine, 2022. Fiche 11. Troubles du comportement de l'enfant et de l'adolescent. Dans D. Augendre, A. Barrau, A. Besnier, K. Bréhaux, F. Couderc, G. Drouet, A. Kieffer, S. Lagadec, M. Mazoyer, A. Pinchaud, S. Rubéo-Lisa, L. Soyer, N. Tanda et V. Terrier *Réussir tout le semestre 4 et 5 – IFSI*, 3e éd., p. 212-213, Vuibert. https://doi.org/10.3917/vuib.kieff.2022.01.0212.

Ministère de la Femme, de la Famille et de l'Enfant, 2019, « Bilan et perspectives 2016-2020 », Février 2019, https://famille.gouv.ci/uploads/publications/176701268746.pdf

MUGNY Gabriel et CARUGATI Felice, 1991. Théorie du conflit sociocognitif, in MUGNY G., *Psychologie social du développement cognitif*, Peter Lang, Berne

Nations Unies, 1989. *Convention relative aux droits de l'enfant*. Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, 20 novembre, Recueil des Traités des Nations Unies, vol. 1577, p. 3. https://www.ohchr.org/fr/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-child.

OLANO Marc, 2018. Les principaux troubles chez l'enfant, Dans H. Lhérété et J. Marmion, *Les troubles de l'enfant*, pp. 11-18, Éditions Sciences Humaines, https://doi.org/10.3917/sh.marmi.2018.01.0011.

ORGANISATION DES NATIONS UNIES (ONU), 2025, « Statuts de SOS Villages d'Enfants International », 28 juin 2025, file:///C:/Users/HP%20640/Downloads/Statutes_2025_FR.pdf

OTTAVI Dominique, 2018. Jean Piaget : La genèse de l'intelligence. Dans M. Fournier *Les Grands Penseurs de l'éducation*, pp. 91-93, Éditions Sciences Humaines. https://doi.org/10.3917/sh.fourn.2018.01.0091.

PALACIO Manuel, 2007, « Les carrefours de la protection de l'enfance Au fil des lois », Informations sociales, 140(4), 6-16. https://doi.org/10.3917/inso.140.0006.

PERRET-CLERMONT Anne-Nelly, 1979. *La construction de l'intelligence dans l'interaction sociale*, Peter Lang, Berne

PIAGET Jean,1975. *L'équilibre des structures cognitives : Problème central du développement*, P.U.F., Paris

PIAGET Jean et INHELDER Bärbel, 1978. *La psychologie de l'enfant*, 8e édition, P.U.F., Vendôme

POITTEVIN Aude, 2008, « La spécificité du fraternel en Villages d'enfants SOS La cohabitation comme maintien du lien et sources de liens », Dialogue, 179(1), 9-19. https://doi.org/10.3917/dia.179.0009.

RADOVIC Sara, 2025, « L'absence de ratification par les États-Unis de la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant », Journal of Political Inquiry, 11 avril, https://jpinyu.com/2025/04/11/lack-of-the-united-statess-ratification-of-the-un-convention-on-the-rights-of-the-child/

SANTOS PAIS Marta, 2026, « Les enfants dans les conflits armés », Revue Quart Monde, 277(1), 9-13. https://doi.org/10.3917/rqm.277.0009.

SCHOPLER Eric, REICHLER Robert Jay et RENNER Barbara Rochen, 1980. The Childhood Autism Rating Scale C.A.R.S. : *Échelle d'évaluation de l'autisme infantile* (Bernadette ROGE, Trad. et Adapt.,1989), Éditions d'Ailleurs / Établissements d'Applications Psychotechniques (EAP)

SOS Villages d'Enfants International, 2018. *La Promesse d'une prise en charge par SOS*, SOS Children's Villages International, avril 2028, p.6. Innsbruck, Autriche

SQUIRES Jane et BRICKER Diane, 2016. Ages and stages questionnaires in French, Third Edition (ASQ-3 French). *Questionnaire sur les étapes du développement*, troisième édition (ASQ-3 en français). Traduction par C. Dionne. Baltimore : Paul H. Brookes Publishing Co.

SQUIRES Jane, BRICKER Diane et TWOMBLY Liz, 2011. *Questionnaire sur les étapes de développement : socio-émotionnel*. Traduction et adaptation par S. McKinnon. Baltimore : Paul H. Brookes Publishing Co.

SQUIRES Jane, BRICKER Diane, TWOMBLY Elizabeth, YOCKELSON Suzane, DAVIS Maura Schoen, KIM Younghee, 2009. *Questionnaires sur les âges et les étapes : un système de suivi de l'enfant rempli par les parents.* 3e éd. Paul H. Brookes Publishing ; Baltimore, MD, États-Unis : LaWanda Potter, Jantina Clifford

STATUT SOS, (2025) https://www.sos-childrensvillages.org/getmedia/0e5fc2e9-8293-4d9a-9da3-e82674773965/Statutes_2025_FR.pdf

UNESCO-BICE, 1995. *Dans la rue, avec les enfants : programmes pour la réinsertion des enfants de la rue. JEUNE PLUS*, éditions UNESCO-BICE, 325 p

VALÉAU Patrick, 2024. V. Jean Piaget. De la cognition à la réflexivité managériale. Dans P. Gilbert et É. Vayre *Les grands auteurs en psychologie et le management* (pp. 71-85). EMS Éditions. https://doi.org/10.3917/ems.gilbe.2024.01.0071.

VYGOTSKI Lev Semionovitch, 1985/1933. Le problème de l'enseignement et du développement à l'âge scolaire, In B. SHNEUWLY et J.P. BRONCKART, *Vygotski aujourd'hui*, Délachaux et Niestlé, Paris

VYGOTSKI Lev Semionovitch, 1998. *Pensée et langage*, traduit par Françoise SEVE, La Dispute, 3e édition. Paris