

Université Abderrahmane Mira
Faculté des Science Humaines et Sociales
Département des Science Sociales

Mémoire de fin de cycle en vue de l'obtention du diplôme de
Master

en psychologie clinique

Thème

L'auto agressivité chez les enfants autistes

Etude clinique de 04 cas.

Réalisé à l'association d'aide pour enfants autistes

Targa ouzmour.Bejaia

Réalisé par :

BENMOUSSA Lamia.

BENNAI Meriem.

Encadré par :

M^{me}. DJEDID Ratiba.

2014-2015

Remerciements

Avant tous je remercie le bon dieu

Je tiens à remercier mon encadreur m^{me} DJEDID Ratiba

Pour sa valeur professionnelle.

Je tiens à remercier l'ensemble du personnel de l'Association

D'aide Pour enfants Autistes de Bejaia

« D'un monde à l'autre »

Pour votre aide et patience. Et vos encouragements inlassables,

Vos conseils incontestables, pour votre gentillesse

Vos qualités de prise en charge

De ces enfants autistes.

Un remerciement propre aux parents des enfants autistes.

Grâce à votre participation au travail

Que ce travail a vue le jour

Un énorme Merci à ma famille, toujours prête à accourir

Pour m'aider à affronter plus facilement

Chaque étape

Merci infiniment Pour votre aide et vos conseils

Dans chaque étape.

Tous mes amis

En fin je tien à remercier tous ceux qui ont contribué

De près ou de loin à la réalisation de

Ce modeste travail

Dédicace

Je voudrais dédier ce modeste travail de fin de cycle

À tous ce qui m'est chers (es) :

A mes grands parents

« Que dieu vous garde »

A mes parents

« Une longue vie »

A mes chères tantes

Hania

« Que dieu vous inspire la paix et la foi »

« Djaala allah maswaki el djanah »

Souad, houria, souhila, hayette

« Qui m'ont soutenu durant toute ma vie »

A mes oncles

Zahir, djamel, et boussaad

A mes sœurs

Amal, siham, nessrine

A mon frère

Islame

A mes cheres amies sans exception

A mes proches et tous ceux qui me sont chers

Benmoussa lamia

Remerciements

Je tiens à remercier particulièrement à M^{me} DJEDID Ratiba

Qui a bien voulu diriger cette recherche me faisant

Bénéficier de la qualité de son enseignement

Qu'il me soit permis de remercier les psychologues

De l'association d'aide Pour enfants autistes

Pour leurs précieuses collaborations

Nos plus vifs remerciements sont destinés aux mères

Des enfants autistes qui ont contribué à

La réalisation de ce travail

Ma reconnaissance pleine d'affection à ma fille pour

Leur Soutien tout au long de ce travail

Dédicace

Je voudrais dédier ce modeste travail de fin de cycle

A tous ce qui m'est chers(es) :

A mes grands parents

Sans oublier ma chere grande mère

Décédée

« Que dieu te garde dans ses paradis »

A mes parents

A mes sœurs

Nabila, lamia, hefsa

A mes freres

Faouzi, islam, younis

A mes meilleures amies

Nassima, nesrine.

Enfin je remercier beaucoup

Ma binome

Lamia benmoussa pour sa patience pendant

Tout notre travail.

Meriem bennai

Table des matières

Introduction

Problématique et hypothèses.....	3
----------------------------------	---

Partie théorique

Chapitre I : L'autisme.....	12
-----------------------------	----

Préambule :.....	12
------------------	----

1. Historique définition.....	12
-------------------------------	----

1.1. Historique.....	14
----------------------	----

1.2. Définition de l'autisme.....	14
-----------------------------------	----

1.3. Epidémiologie.....	15
-------------------------	----

2. Les types d'autismes.....	16
------------------------------	----

2.1. L'autisme infantile.....	16
-------------------------------	----

2.2. L'autisme atypique.....	18
------------------------------	----

2.3. Le syndrome de rett.....	19
-------------------------------	----

2.4. Syndrome d'Asperger.....	20
-------------------------------	----

3. Les signes cliniques de l'autisme.....	21
---	----

3.1. Trouble de relation.....	21
-------------------------------	----

3.2. Trouble de communication.....	22
------------------------------------	----

3.3. Trouble de comportement.....	23
-----------------------------------	----

3.4. Troubles associés.....	24
-----------------------------	----

4. Le diagnostic de l'autisme.....	25
------------------------------------	----

5. Les prises en charge.....	26
------------------------------	----

5.1. La prise en charge médicamenteuse (psychotropes).....	26
--	----

5.2. Les prises en charge psychothérapeutiques.....	27
---	----

Table des matières

6. Les travaux réalisés sur l'autisme.....	32
6.1. Approche psychogénétique de l'autisme infantile.....	32
6.2. Approche organique de l'autisme infantile.....	36
Résumé.....	39
Chapitre II : l'auto agressivité chez les autistes.....	41
Préambule.....	41
1. Les divers formes comportementales.....	42
1.1. L'agressivité en tant que trouble de comportement.....	45
1.2. La nature de l'origine de l'agressivité.....	46
2. Clinique des conduites agressives.....	46
2.1. Classification.....	46
2.2. Clinique.....	47
3. types de l'agressivité.....	50
3.1. La violence à l'égard d'autrui (hétéro-agressivité).....	50
3.2. Les contraintes tyranniques imposées par l'autiste à son entourage.....	51
3.3. La violence à l'égard de soi-même : l'auto agressivité.....	52
4. L'Auto Agressivité.....	55
4.1. Ses manifestations et ses causes potentielles.....	55
4.2. Les différentes formes d'auto agression.....	56
5. Les motivations qui pourraient être à la base de comportements auto agressifs....	58
5.1. Facteurs médicaux.....	58
5.2. Facteurs Physiologiques.....	59
5.3. Facteurs Environnementaux et comportementaux.....	59
5.4. Facteurs sensoriels.....	60
5.5. Facteurs psychologiques.....	61
6. La Prévention avant tout.....	62
7. L'analyse appliquée du comportement.....	63
7.1. Définition.....	63

Table des matières

7.2. Historique et modèles théoriques.....	64
8. Le terme d'Analyse Appliquée du Comportement.....	67
9. Les prises en charge proposés.....	72
9.1. Méthode ABA.....	72
9.2. Méthode TEACCH.....	73
9.3. MAKATON.....	74
9.4. PEC'S.....	75
Résumé.....	76

Partie pratique

Chapitre III : Méthodologie de la recherche.....	77
1. La méthode utilisée dans notre recherche.....	77
2. La population et sélection de l'échantillon	78
3. Quelques outils de diagnostic.....	79
3.1. Les outils ou les instruments utilisés dans notre recherche.....	79
4. présentation du lieu de stage.....	83
4.1. Le personnel de l'association.....	83
4.2. L'objectif de l'association.....	83
4.3. Les projets de l'association.....	84
4.4. Les fonctions du service.....	84
Chapitre IV : Présentation, analyse et discussion des résultats.....	85
Préambule	85
1. Présentation et analyse des cas.....	85
1.1. Présentation et analyse du 1 ^{er} cas.....	85
1.2. Présentation et analyse du 2 ^{ème} cas.....	89
1.3. Présentation et analyse du 3 ^{ème} cas.....	93
1.4. Présentation et analyse du 4 ^{ème} cas.....	97
2. Synthèse et analyse générale des cas.....	100
3. Discussion des hypothèses.....	104

Table des matières

Conclusion générale

Liste bibliographique

Annexes

Introduction

Introduction

Introduction :

En 1943, Léo Kanner, utilise le terme d'autisme pour décrire le repli sur soi même et l'isolement d'un groupe particulier de onze enfants. La conception de ce trouble a beaucoup évolué depuis cette description princeps. L'autisme est actuellement conçu comme un trouble envahissant du développement (TED) dont il est le prototype, c'est-à-dire la forme la mieux décrite du point de vue des critères sémiologiques. Le concept d'autisme s'est beaucoup élargi avec le temps, menant à inclure sous ce terme des formes plus ou moins sévères du point de vue des symptômes et des troubles associés. La notion de spectre des troubles autistiques ou d'autismes au pluriel est souvent utilisée pour rendre compte de la diversité des tableaux cliniques. Seule la moitié des enfants pour lesquels le diagnostic d'autisme est actuellement retenu répondent aux critères proposés par Kanner en 1943. Cette évolution des critères a certainement contribué à l'augmentation de la prévalence de l'autisme constatée ces dernières années. L'autisme est intégré dans les classifications internationales parmi les troubles du développement et le terme de troubles envahissants du développement (TED) est officiellement utilisé pour la première fois dans le DSM-III (Diagnostic and Statistical Manual) en 1980. Le concept de TED se réfère à l'idée que les troubles de la socialisation et de la communication «envahissent» tous les aspects de la vie des enfants.

Ensuite se manifestent les troubles de comportements qui engendrent une perturbation plus approfondie dans le développement dans tous les aspects de la vie des autistes comme le comportement «auto-agressif» à lequel on est intéressé dans notre recherche.

¹ Les comportements auto-agressifs sont particulièrement source de désocialisations car ils provoquent bien naturellement des réactions d'horreur compte tenu de leur manifestations physiques insoutenable. Par ailleurs, les stigmates, laissés par ces comportements : bleus, plaies, calvitie locale et autres déformations corporelles, conduisent souvent à des réactions de rejet, venant aggraver la situation de handicap. Ces comportements auto agressifs ont donc un effet négatif sur la dignité des personnes qui en souffrent.

¹ Meyer, Evans, 1989.

Introduction

Il est donc essentiel de prendre en charge ces comportements afin d'en atténuer l'intensité et la fréquence et si possible d'éviter qu'ils ne se produisent.

L'objectif de notre étude porte sur la présentation d'un trouble de comportement qui se manifeste chez les autistes qui est l'auto-agressivité. Ce comportement qui vient aggraver la situation de ces personnes.

Pour réaliser notre travail sur terrain, nous nous sommes basés sur la méthode descriptive en nous appuyons sur l'étude de cas pour décrire, mettre en exergue la gravité de l'auto-agressivité et son impact sur l'enfant lui même.

On a utilisé l'entretien (semi-directif) comme une technique de recherche et d'investigation. Vu la complexité et la diversité des aspects de notre thème de recherche on s'est référer à une approche intégratif.

Ce modeste travail se compose de deux parties complémentaires, une première partie théorique, et une deuxième partie pratique :

-La partie théorique englobe deux chapitres, le premier chapitre nous l'avons consacré à l'autisme, le deuxième chapitre aborde le trouble de comportement « l'auto-agressivité ».

-la partie pratique qui est aussi divisée sur deux autres chapitres, un sur la méthodologie de la recherche suivie durant notre étude et un autre chapitre qui concerne la description et l'analyse des résultats.

En fin une conclusion générale de mémoire, sous forme d'une synthèse des hypothèses et des propositions pour améliorer cette recherche.

Problématiques et hypothèses

1. Problématique :

Dans notre pays l'autisme est méconnu du large public. On en parle uniquement dans des milieux restreints.

L'absence d'intérêt porté à cette population par les pouvoirs publics réduit sa chance d'accéder aux soins et à l'éducation.

Les lois de la santé mentale, la protection et la promotion de la personne handicapée assurent des droits aux personnes en souffrance et en difficultés ; mais ne font pas allusion d'une manière explicite à l'autisme.

² D'après Rutter : « En proposant que l'autisme constitue un syndrome, Kanner voulait dire deux choses. « D'abord que certains comportements se prêtent à un regroupement, ensuite que ceux-ci diffèrent d'autres rencontrés avec des troubles psychiatriques distincts. »

³ Ainsi Rutter et Locker dans leur étude ont confirmé l'hypothèse de Kanner en démontrant : « Le syndrome est constitué de symptômes universels et spécifiques. » Certains symptômes s'étendent chez presque tous les enfants et des symptômes propres à certains cas.

Selon Kanner, le trouble fondamental le plus frappant (dit « pathognomonique ») est l'incapacité de ces enfants à établir des relations de façon normale avec les personnes et les situations, dès le début de leur vie.

⁴ Asperger (1944) suggère aussi l'existence d'une perturbation du contact à un niveau profond de l'instinct, notant également les difficultés de communications de ces enfants, d'adaptation au milieu social, et la présence d'exploits intellectuels dans des domaines restreints à côté de capacités intellectuelles pourtant très lacunaires. Asperger décrit dans des formulations très détaillées le dérèglement fondamental de ces enfants dans leurs comportements et leurs modes d'expression qui entraînent des difficultés d'intégration sociale considérables et très typiques.

² Daoud Tatou, « Violence et agressivité chez les personnes autistes », Séminaire de relais Ile-de-France, lundi 21 novembre 2011.

³ (Ibid)

⁴ Pedielli, JL, Autisme, 2003

Problématique et hypothèses

⁵ L'autisme reste une pathologie la plus douloureuse elle touche des enfants et de manière très précoce elle dure en générale toute une vie, elle atteint la fonction la plus précieuse des relations humaines l'empathie, entraînant un fossé dans la communication et les échanges et rendant difficile les processus d'attachement affectif. Les troubles du comportement associés, parfois spectaculaires et difficilement soutenable comme l'automutilation rendent ce trouble « inhumain ».

Ce phénomène est intimement lié à l'histoire de la psychiatrie infantile. Déjà, dans ses premières descriptions, Kanner (en 1943-1944) mentionne sa fréquence élevée chez les enfants autistes.

Pour situer le propos historique, nous avons Menninger qui, dans son étude de 1935, va rendre compte d'une forme d'automutilation chez les patients psychiatriques qu'il va tout d'abord nommer « suicide focalisé ». Selon lui, le geste automutilateur à la double propriété de satisfaire un besoin d'expiation et un désir d'agression. Ses observations furent menées seulement sur une population adulte. Les premiers travaux de Berès en 1952, ou de Mittelman en 1954, portent surtout sur la tendance à retourner l'hostilité contre soi, sans qu'il soit nécessairement question d'automutilation proprement dite. L'automutilation, au sens restreint « d'activité motrice primitive » telle que nous la connaissons chez les enfants atteints de perturbations précoces graves de la personnalité, est abordée sommairement et comprise comme un effet de l'imaturité du moi.

⁶ Lézine en 1959 puis Shentoud en 1961 sont les premiers à étudier systématiquement l'automutilation du jeune enfant. Ils établissent qu'elle est à l'origine d'une activité structurante normale et passagère, ayant une valeur adaptative, permise par l'incoordination motrice de l'enfant, pouvant être reprise ou maintenue à la suite d'un développement lacunaire du schéma corporel.

⁵ Sauvage, D ; « l'autisme et les troubles du développement psychologique » 2 eme edition, masson, paris, 2007.

⁶ Daoud Tatou, «Violence et agressivité chez les personnes autistes », Séminaire de relais ile-de-France, lundi 21 novembre 2011.

Problématique et hypothèses

⁷Il existe actuellement peu ou pas d'ouvrages traitant de la gestion de la violence chez les autistes à proprement parler. Les écrits que nous pouvons trouver vont notamment faire allusion à des activités permettant de contenir l'autiste pour éviter les crises de violence, ou encore nous remarquerons que les institutions n'ont pas vraiment de technique pour cela et que ce type de situation délicate sera géré sur le tas et en fonction du type de violence. Par ailleurs, ce sujet me semble assez tabou : lors des réunions dans l'IME ou je travaillais, on n'osait pas aborder ce sujet et lorsque je demandais à ce que l'on en parle, on me considérait parfois comme quelqu'un qui a un passé avec la violence !

Cet acte est donc une fuite dans la douleur. Certains souligneront que ce geste autoagressif constitue une fuite soit dans un passage à l'acte, soit dans une douleur en faisant oublier une souffrance psychique plus grande. Bettelheim (1979) parle dans le même esprit du caractère insupportable de l'angoisse psychotique qui pousse les patients à aller jusqu'à se frapper pour le conjurer. Il est rejoint en cela par Lemay (1980) qui associe l'autoagressivité à l'angoisse d'éclatement, à la sensation de morcellement vécue par l'enfant. On peut également comprendre l'autoagressivité comme une façon de fuir des émotions trop difficiles à supporter : selon eux, l'enfant cherche, en provoquant la douleur, à neutraliser des sensations pénibles.

⁷(Ibid)

Problématique et hypothèses

⁸Nul ne peut rester indifférent à l'exposition à la souffrance d'autrui. Cela est encore plus insoutenable quand une personne provoque cette souffrance par ses propres comportements de violence envers elle-même. Notre empathie naturelle nous pousse à essayer de comprendre afin de pouvoir intervenir pour empêcher ou au moins contrôler de tels comportements et ainsi limiter la souffrance de la personne qui se l'impose. Nous verrons que ceci est parfois plus complexe que nous ne le percevons car nous projetons notre propre souffrance qui ne correspond pas exactement avec celle des personnes concernées.

⁹ Les personnes handicapées mentales, et en particulier les personnes atteintes d'autisme, ont déjà de grosses difficultés au niveau de leur intégration sociale et de leurs apprentissages. Un comportement tel que l'autoagressivité, qui vient aggraver cette situation, peut être considéré comme ayant un effet néfaste, soit directement soit par ses conséquences. Les comportements auto agressifs sont particulièrement source de désocialisations car ils provoquent bien naturellement des réactions d'horreur compte tenu de leur manifestations physiques insoutenable. Par ailleurs, les stigmates, laissés par ces comportements : bleus, plaies, calvitie locale et autres déformations corporelles, conduisent souvent à des réactions de rejet, venant aggraver la situation de handicap. Ces comportements auto agressifs ont donc un effet négatif sur la dignité des personnes qui en souffrent.

Ce qui nous amènes à chercher dans la problématique suivante ?

Quelle est la gestion des facteurs de trouble de comportement l'auto gressivité chez les enfants autistes ?

⁸ [http:// www. E mon site. Com](http://www.Emonsite.Com)

⁹ Meyer, Evans, 1989

2. Hypothèses :

Pour répondre à ses questions nous avons formulé ses hypothèses suivantes :

-l'autoagressivité à des risques de grave blessures qu'il faut intervenir pour arrêter mais pas n'importe comment.

-l'autoagressivité est le comportement réactionnel par l'autiste pour démontrer son existence et une sorte de punition pour soi-même quand il ne peut pas réaliser son objectif.

3. La pertinence d'étude :

Notre étude démontre la gravité de trouble du comportement «l'autoagressivité» chez les personnes atteintes du syndrome autistique et l'obligation d'intervenir avec des techniques de prises en charge pour faire disparaître le trouble qui met la vie de l'autiste en danger.

4. Objectifs de la recherche :

- Comprendre et éclaircir le syndrome autistique qui atteint une large population.
- Prouver la gravité de trouble du comportement « l'autoagressivité ».
- Démontrer l'obligation d'une intervention thérapeutique
- Avoir plus de connaissances sur le sujet
- Le manque d'étude psychologique sur ce thème nous a motivés à l'étudier
- Il est donc essentiel de prendre en charge ces comportements afin d'en atténuer l'intensité et la fréquence et si possible d'éviter qu'ils ne se produisent.

5. Définition des concepts clés :

5.1. Définition de l'autisme :

¹⁰Selon Bloch. H le terme d' « autisme » : est dérivé de la grecque auto qui signifie « soi-même », il a été introduit pour la première fois en psychiatrie en 1911 par Bleuler dans son ouvrage sur le groupe des schizophrénies. La perte du contact avec la réalité.

¹¹Selon Rold Plotnik L'autisme se caractérise par un développement anormal ou limité des interactions sociales et se produit par des attitudes comme se cacher pour éviter les gens, fuir le regard des autres ou refuser de se faire toucher. L'autisme entraîne aussi des problèmes de communication et d'acquisition du langage. Les autistes ont par ailleurs peu d'intérêts, et passent beaucoup de temps à répéter certains gestes. Les symptômes de l'autisme de l'autisme apparaissent généralement à l'âge de deux ou trois ans.

5.2. Définition de l'agressivité :

¹²Selon le DSM-IV : Mauvaises actions. L'hostilité peut être dirigée envers les adultes ou envers les pairs, elle se traduit par une volonté délibérée d'embêter les autres ou par de l'agressivité verbale (sans toutefois, en général, d'agressivité physique comme dans le Trouble des conduites). Les manifestations du trouble sont presque invariablement présentes à la maison mais ne sont pas toujours visibles à l'école ou en collectivité. Typiquement, c'est dans les interactions avec les adultes ou avec les pairs que le sujet connaît bien que les symptômes sont manifestes, et on peut ne pas les remarquer au cours d'un examen clinique. Habituellement, les sujets ne se reconnaissent pas eux-mêmes comme hostiles ou provocateurs mais justifient leurs conduites comme des réponses à des demandes déraisonnables ou des circonstances injustes.

¹⁰ Bloch, H, p. 109

¹¹ Rod plotnik, 2007

¹² Manuel Diagnostique et Statistique des Maladies mentales 4^e édition

¹³5.3. Définition de l'auto agressivité :

Selon le dictionnaire français Reverso l'auto agressivité :

- Psychologie : agression envers soi-même, tentative de suicide ou auto-mutilation
- Biologie : fait que certains globules détruisent d'autres globules

¹⁴Selon le dictionnaire de la psychiatrie l'auto agressivité signifie :

Retournement de l'agressivité contre soi-même.

L'introduction en 1920 de la pulsion de mort par S. Freud implique une relecture du concept d'agressivité, tournée vers l'extérieur. Il existe au cœur du sujet une pulsion d'autodestruction qui concerne à la fois les relations à l'objet et celles entre les différentes instances. En fait, c'est l'auto-agressivité qui, point d'appui de l'agressivité, est fondement même du sujet.

En clinique, sa forme extrême est le suicide. L'acte procède du retournement sur le sujet de l'impulsion meurtrière initialement destinée à l'objet. Le moi se détruit en se traitant lui-même comme un objet auquel était originairement rattachée l'hostilité. Le suicide altruiste du mélancolique est paradigmatique de l'intrication fréquente dans les dépressions, de l'auto- et de l'hétéro-agressivité.

¹³ "Dictionnaires français de définitions et de synonymes, © Synapse 2007 pour les données et © Softissimo 2007 pour le logiciel et la mise en page"

¹⁴ Cette définition provient du Dictionnaire de la Psychiatrie des éditions du CILF :

www.cilf.fr

¹⁵5.4. Définition de l'automutilation :

Lorsqu'il y a handicap mental « sévère », l'auto-mutilation est un « comportement langage » qu'il faut parvenir à décoder ...et ce n'est pas facile.

Selon « A. Fröhlich » Il n'est pas rare d'entendre dire qu'une personne « s'automutile » dès qu'elle porte atteinte à son intégrité physique. « De tels comportements n'apparaissent pas seulement chez des personnes polyhandicapées ; ils se retrouvent aussi chez des personnes moins atteintes, voire sans handicap au sens propre du terme. Les nourrissons et les enfants en bas âge se balancent un peu, se tapent la tête sur le matelas ou l'oreiller...Pendant une période assez courte on observe souvent des manipulations des mains plus ou moins automatisées...des grattages sur une partie du corps...Nous trouvons ces mêmes activités encore plus marquées chez les personnes âgées »

A. Fröhlich Différentes lectures existent à l'heure actuelle autour de ce mot « automutilation ». Une personne qui veut « s'auto détruire », doit avoir acquis, entre autre, la conscience de soi, le rapport de cause à effet, la notion de disparition définitive...et être capable d'évaluer les conséquences de son geste.

¹⁵ [http:// www. E mon site. Com](http://www.Emonsite.Com)

¹⁶5.5. Définition d'un comportement :

Selon le Petit Robert 2013 Un comportement est la manière de se comporter. Il s'actualise dans les attitudes, dans les conduites, dans les réactions de l'individu. En psychologie, le comportement (en anglais *behavior*) est l'ensemble des réactions objectivement observables d'un être vivant. Les comportements rendent compte de la relation entre l'individu et son milieu. En effet, ils sont des actions volontaires dirigés vers une finalité qui est l'adaptation de l'individu au milieu. Ils dépendent donc des caractéristiques génétiques propres du sujet (héritées de son espèce), de l'environnement et des interactions entre ces caractéristiques (structures biologiques) et les stimuli de cet environnement. On peut trouver comme¹⁷ synonyme du mot comportement les termes suivants : acte, action, agissement, allure, conduite, démarche, expression, manière, mouvement, posture,...

¹⁶ Le petit Robert, dictionnaire français-français, 2013.

Partie théorique

Chapitre I

L'autisme

Préambule :

L'autisme est un trouble envahissant du développement qui implique une altération qualitative du développement de la personne sur le plan des interactions sociales, de la communication, des comportements et intérêts stéréotypés, qui s'accompagnent le plus souvent d'un retard global des acquisitions (motricité, parole, propreté, apprentissage).

1. Historique et définition :**1.1. Historique :**

Dans la littérature médicale antérieure, les caractéristiques sémiologiques du syndrome autistique sont curieusement décrites.

Il a été déjà observé et étudié auparavant sans qu'il soit alors nommé comme on peut le faire aujourd'hui.

¹En 1822 Amic, médecin des hospices et des prisons de Brignoles rapporte l'histoire d'un jeune enfant de 8 ans : « L'état mental d'un enfant affligé d'une espèce particulière de mutisme »

²En 1828 Victor l'enfant « sauvage » de l'Aveyron est pris en charge par le Dr Jean Itard médecin chef de l'institut des sourds-muets à Paris.

La description qu'il en fait est fortement évocatrice des comportements autistiques :

« Il se balançait sans relâche, ne témoignant aucune affection à ceux qui le servaient, il était indifférent à tout, ne donnait attention à rien, n'acceptait aucun changement et se souvenait avec précision de la place respective des objets meublant sa chambre... »

En 1899 Kraepelin décrit la « démence précoce ».

Chaselin en 1912 rejette l'idée d'une évolution démentielle de la maladie, ce qu'accepte Kraepelin revenu sur son idée première, et reconnaît la possibilité d'une récupération, la réversibilité plus ou moins complète du déficit qui n'est ni global, ni définitif.

¹ Revue information créai **enfants et adolescents autistes et psychotiques** n°87, 1992, p, 6

² Op. Cit. p, 7

³ Le terme d'autisme était employé dans la littérature psychiatrique depuis le début du 20ème siècle par le médecin Suisse Bleuler en 1911, pour décrire le repli sur soi observé chez certains malades schizophrènes adultes.

Il utilise le terme autisme pour la première fois dans son ouvrage ; « Démences précoces ou groupe des schizophrènes ».

Il décrivait les malades schizophrènes adultes qui s'étaient coupés du monde extérieur pour vivre enfermés dans leur propre monde.

Le tableau clinique le plus précis et le plus détaillé, qui sert à diagnostiquer le cas autistique est celui du psychiatre américain Léo Kanner. Celui-ci définit l'autisme comme une entité clinique en 1943.

Malgré le temps passé, il sert encore de nos jours de référence.

Cette affection est décrite comme une inaptitude à établir des relations normales avec les personnes et à réagir normalement aux situations depuis le début de la vie.

Voilà ce qu'il dit :

« Notre attention a été attirée depuis 1938 sur de nombreux enfants dont la condition différait de façon marquée et unique de tout ce qui a été rapporté jusqu'à présent. »

Il publia par la suite les caractéristiques de ce symptôme après avoir étudié onze cas :

-Retrait autistique ; qui se caractérise par un état d'isolement extrême et inaptitude à établir des relations normales avec autrui. Le regard de l'enfant est fuyant.

-Tout changement qui intervient dans son environnement est source d'angoisse.

-Les comportements sont stéréotypés et bizarres. Les gestes et attitudes sont répétitifs, rythmés et exécutés de façon quasi continue.

-Lorsque le langage se développe, il a une faible valeur communicative.

L'écholalie est fréquente et l'enfant peut parfois donner l'impression d'être sourd.

⁴-L'enfant présente une mémoire phénoménale des détails ; comme les chiffres, les dates...

³ [http:// www. E mon site com.](http://www.Emonsite.com)

⁴ Ibid

1.2. Définition de l'autisme :

L'autisme pourrait être défini en ces termes :

⁵« Polarisation de la vie mentale d'un sujet sur son monde intérieur et perte des contacts avec le monde extérieur. Le malade vit avec le monde familier de ses désirs, de ses angoisses, de sa sensibilité et de son imagination : Ce sont, pour lui, les seules réalités.

Le monde extérieur n'est qu'une apparence ou tout au moins un monde sans échange possible avec le sien propre. Dans ses formes moins caractérisées, des contacts sont encore possibles entre monde intérieur et monde extérieur.

Mais le malade souffre de pouvoir extérioriser sa sensibilité dans des expressions adéquates et, d'autre part, le monde extérieur le blesse constamment et l'oblige à se barricader dans sa tour d'ivoire »

Les classifications internationales américaines (DSM-IV) et européenne (CIM-10) définissent désormais l'autisme comme un trouble envahissant du développement.

⁶ « Il apparaît avant 36 mois et entrave l'évolution normale des fonctions intellectuelles, émotionnelles, sensorielles et motrices liées au développement du jeune enfant. »

Selon CIM-10 et DSM-IV, ces troubles se caractérisent par altération globale des capacités de communication, des perturbations dans les relations avec les autres, des activités et des intérêts restreints répétitifs, souvent stéréotypés. En théorie, il n'y a pas de retard mental associé mais dans la réalité clinique, le fonctionnement cognitif présente habituellement des particularités. Au plan psychopathologique, les TED se caractérisent par altération de l'organisation progressive de la personnalité avec une capacité d'adaptation à la réalité variable en fonction du niveau d'exigence sociale et du niveau d'angoisse de l'enfant.

⁵ Y. Pelicier, A. Porot, J. Sutter, **Manuel thérapeutique**, Editions Puf, Paris, p 30

⁶ B. ROGE, « La fin des querelles ? » in revue la recherche, Mars 2004 n 373, p.39

1.3. Epidémiologie

Les études épidémiologiques récentes affichent un taux de prévalence de 0,6%.

⁷Or, il y a trente ans, l'autisme était considéré comme une maladie rare avec un taux de prévalence d'environ 0,004.

⁸D'après l'organisation mondiale de la santé (OMS), un tel accroissement ne signifie pas que la maladie ait augmenté.

En effet, les chiffres établis antérieurement l'étaient sur la base d'une définition plus restreinte de l'autisme dit « de Kanner ».

Or depuis les années quatre vingt dix les deux classifications internationales qui servent de références (DSM-IV et CIM 10) ont introduit de nouveaux syndromes ; le syndrome d'Asperger, les troubles non spécifiés du développement, encore appelés « Autisme atypique », le syndrome de Rett, L'X fragile.

Il faut aussi prendre en considération l'utilisation d'instruments cliniques performants dans le diagnostic de l'autisme ; ceci a fait croître la prévalence. Classiquement on retrouve dans le syndrome autistique une prévalence de 4 à 5 enfants pour 10.000 naissances.

⁹L'autisme de Kanner touche beaucoup plus de garçons que de filles : près de 4 garçons pour une fille.

Si l'on considère l'ensemble des troubles autistiques et apparentés, les chiffres sont plus élevés.

Il existe une prévalence de 10 à 11 enfants pour 10.000 naissances.

⁷ B. ROGE, « La fin des querelles ? » in Revue la recherche Mars 2004, n° 373, p, 39

⁸ OP CIT.p.39

⁹ OP CIT.p.39

2. Les types de l'autisme :

2.1. L'autisme infantile :

¹⁰ Trouble envahissant de développement, dans lequel un développement anormal ou déficient est observé avant l'âge de trois ans. Les perturbations du fonctionnement se manifestent dans les domaines des interactions sociales, de la communication et du comportement qui est répétitif et lié à des intérêts restreints. L'expression des déficits se modifie avec l'âge, mais ces déficits persistent à l'âge adulte. L'autisme peut s'accompagner de niveaux intellectuels très variables.

L'autisme de Kanner se définit comme un désordre fondamental qui consiste dans « l'inaptitude des enfants à établir des relations normale avec les personnes et à réagir normalement aux situations depuis le début de leurs vie ». Pour Golse et Delion, l'autisme est une pathologie qui « entrave la communication interhumaine et entraîne un dysfonctionnement relationnel ». Actuellement, l'autisme infantile appartient aux groupes des troubles envahissant du développement et il est défini par un trépied symptomatique : anomalies qualitatives des interactions sociales, anomalies qualitatives de la communication, comportements, activités et intérêts restreints répétitifs et stéréotypés. C'est un trouble qui débute avant l'âge de trois ans et qui dure toute la vie.

2.1.1.¹¹ Selon CIM-10 :

L'autisme infantile est caractérisé par : un développement altéré, manifester avant l'âge de trois ans et une perturbation caractéristique du fonctionnement dans chacun des trois domaines suivants :

- Altérations qualitatives des interactions sociales réciproques.
- Altérations qualitatives de la communication.
- Comportement au caractère restreint, répétitif et stéréotypé.

Le trouble s'accompagne souvent de nombreuses autres manifestations non spécifiques, par exemple des phobies, des perturbations du sommeil et l'alimentation, des crises de colère et des gestes auto-agressifs.

¹⁰ Bertrand.J, 2008, p32.

¹¹ La Classification Internationale Des Maladies-10^e édition

2.1.2.¹² Selon DSM-IV :

Les caractéristiques essentielles du trouble autistique sont un développement nettement déficient de l'interaction sociale et de la communication, et un répertoire considérablement restreint d'activités ou d'intérêts.

Les manifestations du trouble varient selon le stade de développement et l'âge chronologique du sujet. L'altération des interactions sociales réciproques est sévère et durable. Souvent, la perception qu'à l'enfant des autres personnes est très altérée.

L'enfant atteint peut ignorer les autres enfants (y compris ses frères et sœurs), n'avoir aucune notion des besoins d'autrui ou ne pas remarquer la détresse d'une autre personne.

L'altération de la communication est marquée et durable.

Elle affecte à la fois les capacités verbales et les capacités non verbales. Dans le cas où le langage se développe, le timbre, l'intonation, la vitesse, le rythme ou la charge émotionnelle de celui-ci, peuvent être anormaux. Les structures grammaticales sont souvent immatures, le langage est utilisé de manière stéréotypée et répétitive, ou bien le langage est idiosyncrasique (langage qui ne prend sens que pour les personnes habitués au style de communication du sujet). La compréhension du langage est souvent très tardive et l'individu peut être incapable de comprendre des questions ou des directives simples. Une perturbation dans la pragmatique (utilisation sociale) du langage se traduit souvent par l'incapacité à coordonner la parole avec la gestuelle ou à comprendre l'humeur ou des aspects non littéraux du discours comme l'ironie ou le sous-entendu.

Le sujet d'imagination est souvent absent ou notablement altéré.

¹³ Les sujets atteints de troubles autistiques ont des modes de comportements, d'intérêts et d'activités restreints, répétitifs et stéréotypés. Ils ne sont pas souvent préoccupés que par un seul sujet (par exemple les dates)...

Le trouble autistique est caractérisé par un retard ou un fonctionnement anormal avant l'âge de trois ans dans au moins un des domaines suivants : interactions sociales, langage nécessaire à la communication sociale, jeu symbolique ou d'imagination. Dans la plupart des cas, il n'y a pas eu de période de développement franchement normal. Si une période de développement normale a existé, elle n'a pas pu accéder l'âge de trois ans.

¹² Le manuel Diagnostique et Statistique des troubles Mentaux-4^e édition.

¹³ Guelfi.J-D et al, 2005.

2.2. Autisme atypique :

¹⁴Trouble envahissant de développement qui se distingue de l'autisme infantile par l'âge d'apparition des troubles ou parce qu'il ne correspond pas à l'ensemble des trois groupes de critères diagnostiques requis pour établir le diagnostic d'autisme infantile. Le recours à cette catégorie diagnostique se justifie par le fait que chez certains enfants les troubles apparaissent au-delà de trois ans, mais cela reste rare, ou que les anomalies sont trop discrètes, voire absentes dans un des trois secteurs normalement atteints dans l'autisme (interactions sociale, communication, comportement)

2.2.1. ¹⁵Selon la CIM-10 :

L'autisme atypique diffère de l'autisme infantile par l'âge de survenue ou parce qu'il ne reprend pas à l'ensemble des trois groupes de critères diagnostiques d'un autisme infantile. Cette catégorie doit être utilisée pour classer un développement anormal ou altéré, se manifeste après l'âge de trois ans et ne présente pas des manifestations pathologiques suffisantes dans un ou deux des trois domaines psychologiques nécessaires pour le diagnostic d'autisme (interactions sociales réciproques, communication, comportement restreint, stéréotypés et répétitif) ; il existe toutefois des anomalies caractéristiques dans l'un ou l'autre de ces domaines. L'autisme atypique survient le plus souvent chez les enfants ayant un retard mental profond et un trouble spécifique sévère de l'acquisition du langage, de type répétitif.

2.2.2. Selon DSM-IV :

¹⁶L'autisme atypique est compris dans le trouble envahissant du développement non spécifié. Il n'y a pas de critères définis pour cette catégorie. On doit se servir de cette catégorie quand existe une altération sévère et envahissante du développement de l'interaction sociale réciproque associée à une altération des capacités verbales et non verbales, ou à la présence de comportement, intérêt et activités stéréotypés, en l'absence des critères complets d'un trouble envahissant du développement spécifique, de schizophrénie, de personnalité schizo-typique ou de personnalité évitant. Par exemple cette catégorie inclut sous le terme « d'autisme atypique » des tableaux cliniques qui diffèrent de celui du trouble autistique par un âge au début plus

¹⁴ Bertrand.J, 2008, p33.

¹⁵ Op.cit

¹⁶ Guelfi. J-D et al, 2005.

tardif, par une symptomatologie atypique ou sous le seuil, ou par l'ensemble de ces caractéristiques.

2.3. Le syndrome de rett :

¹⁷Trouble décrit principalement chez les filles. Il se caractérise par une première période de développement apparemment normale ou presque normale, suivie d'une perte partielle ou totale du langage et de motricité fonctionnelle des mains, associée à une cassure de développement de la boîte crânien. Le début de ce type de trouble se situe entre sept et vingt quarts mois. Les signes les plus caractéristiques sont la perte de la motricité volontaire des mains, l'apparition de mouvements stéréotypés de torsion des mains, et l'hyperventilation.

2.3.1. Selon la CIM-10 :

Trouble décrit jusqu'ici uniquement chez les filles, caractérisé par un développement initial apparemment normal, suivi d'une perte partielle ou complète du langage, de la marche et de l'usage des mains, associés à un ralentissement du développement crânien et survenant habituellement entre sept et vingt quarts mois. La perte des mouvements volontaires des mains, les mouvements stéréotypés de torsion des mains et une hyperventilation, sont caractéristiques de ce trouble.

Le développement social et le développement du jeu sont arrêtés, alors que l'intérêt social reste habituellement conservé. Une apraxie se manifeste à partir de l'âge de quatre ans, suivis souvent par des mouvements choréoathétosiques. Le trouble entraîne presque toujours un retard mental sévère.

2.3.2. Selon le DSM-IV :

La caractéristique essentielle du syndrome de rett est l'apparition de déficiences spécifiques multiples faisant suite à une période de développement postnatal normal. On peut observer une fréquence accrue de crises d'épilepsie. Une mutation génétique est à l'origine de quelques cas syndrome de rett.¹⁸

¹⁷ Bertrand.J, 2008, P34.

¹⁸ Op.cit

2.4. Syndrome d'Asperger :

¹⁹ Trouble du développement dans lequel se trouvent des anomalies qualitatives des interactions sociales réciproques qui rassemble à celles qui sont observées dans l'autisme. Les intérêts restreints et les activités répétitives, stéréotypées sont également présents. Par contre, le développement cognitif et le développement du langage sont de bonnes qualités. Une maladresse motrice est souvent associée.

2.4.1. Selon la CIM-10 :

Trouble de validité nosologique incertaine, caractérisé par une altération qualitative des interactions sociales réciproques, semblable à celle observée dans l'autisme, associée à un répertoire d'intérêts et d'activités restreints, stéréotypés et répétitifs. Il se différencie de l'autisme essentiellement par le fait qu'il ne s'accompagne pas d'un déficit ou trouble du langage, ou développement cognitif.

Les sujets présentant ce trouble sont habituellement malhabiles. Les anomalies persistent souvent à l'adolescence et à l'âge adulte. Le trouble s'accompagne parfois d'épisodes psychotiques au début de l'âge adulte.

2.4.2. Selon le DSM-IV :

²⁰ Les caractéristiques essentielles du syndrome d'Asperger sont une altération sévère et prolongée de l'interaction sociale et le développement de modes de comportements, d'activités et d'intérêts restreints, répétitifs et stéréotypés. La perturbation doit entraîner une altération cliniquement significative dans le fonctionnement social, professionnel ou d'autres domaines importants. A la différence du trouble autistique, il n'existe pas de retard ou d'anomalie cliniquement significative à l'acquisition du langage bien que des aspects plus subtils de la communication sociale puissent être affectés. De plus, dans les trois premières années de vie, il n'existe pas de retard significatif dans le développement cognitif, ainsi qu'en témoigne l'expression d'une curiosité normale pour l'environnement, ni de retard à l'acquisition, en fonction de l'âge, de compétences d'apprentissage et de comportements adaptatifs.

¹⁹ Bertrand.J, 2008, P34.

²⁰ Guelfi.J-D et al, 2005.

Le syndrome d'Asperger n'est en général pas associé à un retard mental. De la maladresse motrice et de la bizarrerie peuvent s'observer mais sont en général relativement légères, bien que les difficultés motrices puissent contribuer au rejet par les pairs et à l'isolement social. Des symptômes d'hyperactivité et d'inattention sont fréquents dans le syndrome d'Asperger.

3. Les signes cliniques de l'autisme :

3.1. Les troubles de la relation

Ces perturbations se traduisent par des comportements déviants dont l'expression peut varier considérablement d'un sujet à l'autre.

Chez les uns, c'est l'apparence d'une indifférence qui domine, parfois accompagnée d'un évitement du contact physique.

L'ignorance des autres personnes ; le contact visuel réciproque, l'acquisition du sourire social dès les premières semaines ne sont pas observés.

Plus tard, on observe également un évitement du regard de l'autre, les fixations visuelles peuvent aussi comporter des balayages visuels inopérants.

La durée d'exploration est très courte ce qui renforce une certaine incapacité à traiter les informations d'ordre social et affectif.

Chez les autres, ce peut être davantage des réactions excessives d'agrippement, même si les capacités de réception et d'expression sont à la base déficitaire. Des cris et des pleurs sans raison apparente sont enregistrés.

Un des traits dominants de cette inadéquation sociale s'avère être aussi l'absence des comportements d'anticipation qui se mettent habituellement en place dès le très jeune âge.

D'ailleurs un des premiers signes qui alarme les parents, lorsqu'ils constatent que leur enfant ne tend pas les bras lorsqu'ils s'apprêtent à le prendre et qu'il n'ajuste pas sa posture une fois pris dans les bras.

3.2. Les troubles de la communication

Les difficultés de communication, tant dans le registre verbal que non verbal, apparaissent elles aussi massivement entre 2 et 5 ans.

Elles touchent aussi bien la capacité de compréhension des signaux et des codes sociaux que la capacité d'utilisation de ceux-ci.

L'expression gestuelle, comme le pointage du doigt vers un objet ou un aliment convoité, reste pratiquement inexistant pendant des années et lorsqu'elle apparaît, elle est rarement coordonnée avec le regard.

Le geste de solliciter le parent pour qu'il participe à sa propre activité est le plus souvent absent. De même que le jeu de « faire semblant » ou de « cache-cache ».

Les conduites d'imitation se mettent très difficilement en place.

Les mimiques de l'interlocuteur sont mal décodées, comme si l'autiste ne pouvait interpréter à leur vue les émotions correspondantes telles la peur, la colère, la joie ou la tristesse.

La communication verbale est gravement atteinte elle aussi, bien que 50 % des autistes parviennent à un certain niveau de production de la parole.

²¹D'après (Mottron, 1996) le langage n'est pas relié au QI de façon linéaire mais qu'il suit une évolution par paliers.

Après avoir été mutique, puis longtemps écholalique, l'enfant autiste manifeste généralement par la suite un phénomène d'inversion pronominal (il exprime ses besoins en « tu » ou en « il » au lieu de « je » par exemple).

Doué fréquemment d'une mémoire auditive, il n'est pas rare de l'entendre ultérieurement rapporter mot à mot de longs passages qu'il a mémorisés à partir de conversations ou de films.

On observe toutefois une différence marquée entre ces productions très fidèles à l'original et les réponses qu'il fournit aux demandes de l'intervenant.

Ces dernières présentent des immaturités grammaticales propres à son niveau général de développement langagier.

Cependant lorsque ces enfants sont d'intelligence normale ou supérieure, ils acquièrent habituellement une qualité de langage tout à fait comparable à celle des enfants normaux sur les plans tant syntaxique que grammatical.

²¹ <http://. Sciences humaines.com/> l'énigme de l'autisme-pistes nouvelles

Seule l'intonation de la voix, le timbre, le rythme et la vitesse d'élocution demeurent souvent atypiques.

²²Tager-Flusberg et Anderson (1991) ont étudié l'écholalie immédiate ou différée que présentent les autistes à un moment de leur développement et ils en ont conclu qu'ils n'ont pas conscience d'être une source de nouvelles connaissances pour leur interlocuteur, ce qui reflète une anomalie de réciprocité.

Ils semblent pour la même raison incapables d'accorder une intention à l'interlocuteur ou plus globalement des états psychologiques aux autres personnes.

²³Ce qu'a expliqué (Baron Cohen 1993) par l'absence de construction d'une « Théorie de l'esprit ».

Pour cet auteur, il s'agirait même d'un trouble cognitif tout à fait spécifique à l'autisme, auquel il a donné le nom de « cécité mentale ».

Cette dernière serait elle que les sujets se révèlent incapables de comprendre et prévoir la majorité des comportements humains.

Ils utilisent très rarement les termes évoquant les cognitions ou les croyances (de types « je pense » ou « je crois »).

3.3. Les troubles du comportement

Les problèmes de comportements sont une des caractéristiques de l'autisme.

Chez les enfants jeunes, on observe souvent qu'ils n'utilisent pas les jouets d'une façon fonctionnelle, l'attention étant parfois dirigée vers une seule partie de l'objet manipulée (comme les roues d'une voiture).

Sa manipulation entraîne généralement des comportements répétitifs comme des mouvements de rotation.

Ces activités stéréotypées peuvent être produites sans l'aide d'un objet et touchent souvent une partie du corps. Ces enfants peuvent passer leur temps à tourner, se balancer, agiter les doigts ou la main devant les yeux.

Le sujet peut adopter des postures étranges dans lesquelles il peut se figer pendant de longs moments.

Lorsque l'autiste grandit, le changement le plus minime dans son environnement l'amène souvent à une grande intolérance et à une forte angoisse.

²² OP.CIT

²³ OP. CIT

3.4. Les troubles associés

²⁴La déficience mentale est une condition qui accompagne fréquemment l'autisme, puisque 75% d'entre eux auraient un quotient inférieur à 70 et 50% se situeraient entre 25 et 50

Il n'en reste pas moins que l'évaluation psychométrique de ces enfants se révèle particulièrement difficile, en raison de leur symptomatologie ce qui peut accroître la fréquence des diagnostics de déficience mentale.

De plus, le fait même que ces enfants ne puissent pas toujours bénéficier d'un programme intensif de stimulation cognitive en bas âge a de fortes chances de ralentir le développement de leur intelligence.

On observe par ailleurs une incidence élevée de troubles du sommeil, et de troubles de l'alimentation.

Il existe aussi des retards marqués dans l'acquisition de la propreté.

C'est toutefois le développement sensori-moteur qui semble le plus inhabituel chez ces enfants.

²⁵Lelord (1990) a envisagé l'hypothèse d'un trouble du développement des structures nerveuses responsables du filtrage et de la modulation sensorielle, émotionnelle et posturo motrice.

Ce trouble expliquerait le caractère hyper sélectif de leur attention.

²⁶(Loovas et al, 1971) et leurs comportements d'hypo ou d'hypperréactivité face aux stimulations extérieures.

Toutes les modalités sensorielles semblent touchées et ces la fluctuation de leurs réponses qui décrit le mieux leurs comportements.

- **La recherche des anomalies, des troubles associés à l'autisme :**

L'association à l'autisme d'anomalies, trouble ou maladies, est fréquente et leur découverte ne permet pas en question le diagnostic d'autisme. Ces problèmes doivent être recherché systématiquement à travers de l'interrogatoire des parents ou l'examen physique de l'enfant.

²⁴ B. ROGE, « La fin des querelles ? » in Revue la recherche Mars 2004, n° 373, p, 41

²⁵ G. Lelord, **L'autisme de l'enfant**, Masson, Paris, 1990, p, 252

²⁶ Op. CIT

-**Antécédents familiaux** : autisme/TED, retard mental, anomalies congénitales, fausse couches à répétition ou décès périnataux.

-**Antécédents personnels de l'enfant** : problèmes pré-et périnataux, problème médical ou chirurgical, épisode épileptique typique ou atypique, régression, stagnation, fluctuation importante du développement sur plusieurs semaines, retard dans la chronologie du développement (autonomie, pointer, premiers mots, premières phrases, compréhension d'une consigne simple).

4. Le diagnostic de l'autisme :

L'enfant doit être orienté pour confirmation diagnostique vers des professionnels formés et expérimentés. Le diagnostic nécessite une équipe pluridisciplinaire entraînée à l'examen du développement de l'enfant, notamment dans ses aspects psychopathologiques et ayant une bonne connaissance de ce qui peut être proposé aux parents en termes de soins, d'éducation, de pédagogie et d'accompagnement de leur enfant.

Cette équipe doit être en relation avec les professionnels susceptibles d'assurer les consultations génétique et neurologique. Telles que définies, ces piques peuvent être localisées en CAMSP, CMPP, cabinet de praticiens libéraux coordonnés entre eux, service de psychiatrie infanto-juvénile, service de pédiatrie, unités d'évaluation ou centre de ressources autisme.

- **Les outils de diagnostic et d'évaluation :**

La CARS est utilisable comme échelle diagnostique simple et pour apprécier le degré de sévérité autistique.

-Il est fortement recommandé de recueillir auprès des parents la description du développement précoce de l'enfant pour rechercher la présence des signes caractéristiques d'autisme. Ce recueil est facilité par un guide d'entretien. En complément, une observation ciblée du comportement socio-communicatif servant à vérifier la présence actuelle de perturbations.

-Certains examens doivent être systématiques pour évaluer différents secteurs du développement. Ils sont à réaliser en adaptant les procédures ou tests non spécifiques à l'autisme.

-**une observation clinique** d'une durée suffisante, éventuellement répétée dans le temps pour recueillir les difficultés.

-**un examen psychologique** pour déterminer le profil intellectuel et socio-adaptatif. Il est recommandé d'utiliser l'échelle de Vineland pour apprécier les capacités adaptatives et le PEP-R pour décrire le profil développemental.

-**un examen du langage et de la communication** pour évaluer les aspects formel, pragmatique, écrit, voire gestuel. L'ECSP et la grille de Whetherby sont recommandées pour décrire le profil de communication en particulier chez les enfants avec peu ou pas langage.

-**un examen du développement psychomoteur et sensorimoteur** pour examiner la motricité, les praxies et l'intégration sensorielle.

5. Les prises en charges :

5.1. La prise en charge médicamenteuse (psychotropes) :

²⁷ Vu l'inexistence d'une pharmacologie spécifique à l'autisme avec une efficacité curative dans le trouble autistique, les médicaments ont été toujours considérés en autisme comme un traitement secondaire, un traitement d'appoint avec des objectifs symptomatiques, un effet principalement recherché a été la diminution des comportements gênants tels que l'agitation, l'agressivité, l'automutilation chez ces enfants on utilisant les neuroleptiques dites classiques ou traditionnels, agissant essentiellement par une action sédatrice.

Dans le traitement proposé aux autistes il y a un double objectif : réduire des comportements gênants quand ils existent et réhabiliter des fonctions déficitaires. Malheureusement le plus souvent entravent un effet secondaire comme baisser les troubles du comportement et diminuer la vigilance et risquer d'entraîner une sédation des fonctions cognitives ou de communication.

²⁷ G. Amy et M. Piolat. 1998.

²⁸A coté des médicaments neuroleptiques traditionnels, il existe de nouveaux produits antipsychotiques qui semblent avoir de bons effets sur le plan clinique sans présenter des inconvénients majeurs des produits classiques (comme la rispéridone). De même certains produits sont en cours d'expérimentation pour viser à améliorer des cibles particulières (hyperactivité, auto agressivité, agitation,...etc). Alors, il est bon à retenir qu'il n'existe pas un traitement médicamenteux propre à l'autisme, et sans doute il n'y en aura pas à cause la diversité des autismes et la complexité de ce trouble énigmatique.il est donc très important d'évaluer sur quelles cibles comportementales ou quelles fonctions on veut intervenir avant de toute prescription, sans oublier de prendre en compte la gravité de trouble chez l'enfant.

5.2. Les prise en charges psychothérapeutiques :

5.2.1. La prise en charge analytique :

²⁹Il s'agit d'un cadre bien précis(en dehors du lieu de vie), d'aider ces personnes à relier entre elles les expériences vécues et la fantasmagorie s'y rattachant et qui les paralyse parfois. Il s'agit aussi de les aider à mieux intégrer leurs corps de manière à leur permettre de sortir de leurs perceptions erronées afin qu'émergent la reconnaissance de l'autre et la pensée pragmatique ou symbolique.

Il s'agit enfin de les amener à une prise de connaissance de soi et par voie de connaissance de l'autre et les différences émotionnelles qui habitent. Lorsqu'un psychothérapeute accueille une personne autiste, il est clair qu'il va se situer d'une certaine façon hors du champ traditionnel de la psychanalyse. Le plus souvent, il sera confronté à une absence ou à une grande pauvreté de langage, à une pensée et des mécanismes associatifs défailants. Par ailleurs dans le cadre de ces psychothérapies, sa neutralité bienveillante sera hors de propos. Il lui faudra au contraire savoir intervenir de façon très dynamique pour que « les choses bougent ».

Elle fait intégralement partie du soin, mais elle suppose d'être pratiquée par une personne tout particulièrement formée aux dysfonctionnements psychique et cognitif des personnes autistes. Pour ces personnes tellement fermées à la compréhension de leur environnement, il ne doit y avoir aucune confusion possible entre les différentes modalités de soins qui leur ont offertes. à chacun sa compétence et sa spécialité.

²⁸ Tardif. C et Gepner. B, 2003, P103.

²⁹ Amy. M-D, 2009. P54.

5.2.2. La prise en charge éducative :

La prise en charge éducative est un ensemble de méthodes et de stratégies d'enseignement adaptées aux enfants et adolescents autistes afin de leur permettre un accès au savoir. En effet, le but recherché par cette approche n'est pas d'enseigner un programme scolaire au sens habituel du terme, même si certains autistes peuvent le suivre en partie ou en tonalité, mais le but est bien plus de leurs donner des outils pour mener une vie aussi indépendante que possible, pouvoir s'occuper seul de façon constructive, et participer à la vie de leur entourage avec des moyens de communication et d'intégration socialement adaptés.

³⁰Dans les prises en charge éducatives, la part sacrée aux activités ciblant le développement cognitif et celle visant d'avantage le développement socio affectif, sensoriel, ou psychomoteur. Il existe souvent des ajustements nécessaires lors des prises en charge, entre les concepts de base et leur application en fonction de prise en charge éducatives de l'autisme est basée sur l'approche TEACCH développé les années 65-70 (schopler et al, 1888), axé sur l'éducation et la rééducation des personnes autistes à partir d'évaluation de leur niveau de développement et de fonctionnement. Elle insiste sur le travail de structuration de l'environnement pour créer des repères, sur l'importance de la visualisation des indices pertinents pour mieux les sélectionner et les traiter, sur l'individualisation des programmes pour chacun , sur la collaboration des parents au projet de leur enfant, sur l'approche positive de l'enfant(ne pas le mettre en échec , partir de ses compétences, renforcer les capacités en émergence, favoriser les réussites et les renforcements qui en résulte), sur l'approche globale de l'enfant.

³⁰ OP.cit, P114.

5.2.2.1. Le programme de schopler « TEACCH » :

³¹Le programme TEACCH a été conçu et dirigé par schopler, puis Mesibov aux Etats Unis dans les années 1960 et diffusé en Europe. L'acronyme anglais signifie Treatment and Education

Of Autistic and related communication handicapped children, c'est-à-dire, traitement et éducation des enfants autistes et souffrants de handicaps apparentés de la communication. Il aborde les principales difficultés rencontrées par l'enfant autiste dans sa vie quotidienne :

- L'hétérogénéité de ses capacités cognitives : déficit des performances sociales et verbales et meilleur développement de certains domaines : mémoire, orientation spatiale, coordination Visio-motrice.
- L'impossibilité d'accéder à un langage abstrait et universel.
- L'inadaptation à la diversité des situations sociales dynamiques.
- L'intolérance aux changements dans le temps et les lieux.

Le bilan psychologique préalable définit le profil psycho-éducatif de l'enfant (PEP dans la langue d'origine) et ses capacités en émergence.

Les parents engagés en première ligne sont considérés comme partenaires dans l'éducation de leur enfant. Le thérapeute organise avec eux les applications à la maison, en fonction du PEP et de leurs possibilités. Cette communication permanente avec les éducateurs permet l'information réciproque sur les acquisitions nouvelle pour maintenir et renforcer ces progrès. Le programme s'articule autour de grands principes destinés à faciliter ces progrès. Le programme s'articule autours de grands principes destinés à faciliter la compréhension de l'enfant indispensable à tout apprentissage et plusieurs systèmes alternatifs à la communication verbale sont utilisés :

- Les gestes simples et la manipulation motrice pour une communication concrète.
- Les images pour représenter un objet, une personne ou une tâche, elles exploitent la bonne mémoire visuelle des autistes.
- Les objets les plus concrets, les plus à même de suggérer l'usage attendu.

L'accès à la perception de l'espace et du temps (chronologie, durée des actions) est favorisé par certaines règles :

³¹Schopler. E et al, 2007

- Séances dans les mêmes lieux, à la même heure.
- Durée des activités concrétisée par la quantité de matériel fournie au départ.
- Tâches surtout visuelles.
- Fin de l'activité associée à un jeu apprécié, à un jouet favori.

5.2.2.2. L'ABA (Applied Behavioral Analysis) ou l'analyse appliqué du comportement :

Le behaviorisme ou l'approche comportementale, est l'étude du comportement reposant sur l'observation d'un stimulus et de la réponse d'un sujet. L'analyse appliqué du comportement, ABA, résulte de la recherche sur l'analyse expérimentale du comportement (recherche intitulé « le comportement opérant ») par Burrhus Frederic Skinner (1953) et (CICA, clinique d'intervention et consultation en autisme, 2008).

³²Ainsi, l'ABA repose sur le modèle du comportement opérant de Skinner. Elle est considérée comme l'une des méthodes d'intervention les plus efficaces pour traiter les troubles de comportement, qui sont très souvent présents dans l'autisme. L'ABA, approche éducative et comportementale, a été créé par Ivar Lovaas au Etats-Unis dans les années 1960. Elle consiste en une analyse du comportement et en une intervention intensive visant l'obtention d'une meilleure intégration sociale par l'augmentation et le renforcement des comportements jugés adaptés, et la diminution des comportements estimés inadéquats. L'ABA utilise donc des stratégies éducatives permettant la réduction des comportements problématique interférant dans l'apprentissage de l'enfant.

³³C'est en 1987 que Lovaas décrit sa première étude fondé sur son programme ABA. Plusieurs reconnaissent l'importance d'une intervention précoce chez les enfants autistes. L'étude de Lovaas suggère que les enfants autistes âgés de moins de trois ans qui suivent une thérapie comportementale intensive de quarante heures par semaine et ce durant deux ans ou plus, font des progrès remarquables.

³⁴Cette méthode, qui utilise les principes du conditionnement opérant, consiste à enseigner aux enfants autistes des moyens de développer leurs apprentissages. Elle vise, durant la première année, à accroître la capacité d'attention et d'imitation puis,

³² Doehring, 2001 ; CICA, 2008.

³³ Lenoir.P et al, 2007, P210-211.

³⁴ Doehring, 2001 ; Lovaas, 1987.

durant la seconde année, à améliorer le langage, la capacité de jeu socialisé et d'autres habilités, comme le développement des habiletés sociales.).

Rogé(2003) souligne que les enfants atteints d'autisme n'apprennent pas ou très peu de manière spontanée mais qu'ils peuvent cependant apprendre dans un environnement préparé spécifiquement pour un apprentissage systématique.

L'ABA consiste en l'apprentissage de petits groupes de comportements dans un cadre d'essais répétés. La technique DTT (Discreat Trial Teaching) ou enseignement par essais distincts, est une méthodologie structurée souvent utilisée dans l'ABA. Elle consiste à apprendre aux enfants d'une manière séquentielle, les tâches proposées étant simplifiées et décomposées en différentes étapes (lovaas). L'enfant doit répondre à une consigne et les réponses correctes sont renforcées par une récompense, c'est-à-dire un renforcement positif. Le thérapeute vient en aide à l'enfant si ne donne pas la bonne réponse mais celle-ci est rapidement atténuée afin d'éviter qu'il ne devienne dépendant (CICA, 2008). Puis lorsque l'enfant progresse suffisamment, les comportements appris sont exercés dans un environnement moins structuré afin de leur faciliter leur généralisation (Lovaas ; Rogé).

³⁵L'analyse appliquée du comportement est donc une forme de thérapie stratégique et très structurée qui a pour objectif d'enseigner aux enfants autistes comment apprendre efficacement. Cette technique a aussi pour but d'attirer l'attention et de susciter l'intérêt des enfants autistes afin qu'ils puissent acquérir des outils leur permettant de mieux comprendre et interagir avec leur environnement.

³⁶La méthode ABA est souvent critiquée certains la trouvant trop rigide, mais il s'agit pour l'instant d'une des plus efficaces pour traiter ce trouble.

³⁵ Power, 2006.

³⁶ CICA, 2008 ; Doehring, 2001 ; Lovaas, 1987 ; Rogé, 2003.

6. Travaux réalisés sur l'autisme :

On ne connaît toujours pas les causes de l'autisme. Depuis de nombreuses années coexistent et s'opposent des discours hétérogènes sur l'origine de l'autisme infantile. De nombreuses études et recherches lui ont été consacrées depuis sa description par Léo Kanner psychiatre américain.

Il en résulte des approches et des conceptions étiologiques diverses. Il existe une véritable querelle entre les auteurs d'orientation psychogénétique et les auteurs d'orientation organiciste

A travers les lectures faites, on assiste à une véritable polémique autour du sujet.

Situation parfois troublante pour les familles et les professionnels qui ne savent plus où se situe la vérité, et où se positionner.

Parmi les écoles de pensées, il y a deux principales qui se côtoient, ou se confrontent dans la pratique. La théorie psychogénétique et la théorie organique.

6.1. Approche psychogénétique de l'autisme infantile :

Longtemps la psychanalyse a occupé une position de monopole dans le champ de l'autisme. Elle a maintenu l'exclusivité pendant plus de vingt ans.

Les premiers travaux sur l'autisme infantile sont l'œuvre de psychanalystes ou d'auteurs d'inspiration psychanalytique : Bruno Bettelheim, Margaret Mahler, et Frances Tustin, sont les plus célèbres.

Les tenants de l'étiologie psychogène se sont engagés à partir d'un malentendu créé par Kanner.

³⁷De toute évidence Kanner, a réussi à mettre d'accord la communauté scientifique sur la spécificité du syndrome qu'il décrivait.

Malheureusement il a créé une confusion sur la question de l'étiologie du syndrome et des techniques thérapeutiques efficaces à lui opposer.

L'auteur après l'étude de onze cas d'enfants autistes, il donne une description de leurs parents qui laisse supposer que les troubles de la personnalité de ces parents seraient à l'origine de l'autisme de leur enfant.

³⁷ E. Schopler, **Stratégies éducatives de l'autisme**. Editions Masson, Paris, 1988

6.1.1. Psychogenèse de l'autisme infantile d'après Bettelheim :

³⁸Dans son célèbre ouvrage la « forteresse vide » Bruno Bettelheim dans la partie consacrée à l'étiologie de l'autisme infantile précoce, s'est penché sur des études et observations faites par d'autres auteurs et entre autre Kanner

L'auteur dans son ouvrage la « forteresse vide » qui fut longtemps une référence dans le domaine de l'autisme, s'est inspirée de son séjour dans un camp nazi en tant que juif.

Pour l'histoire, durant son enfermement il a remarqué certains prisonniers qui étaient enfermés sur eux même et ne communiquaient pas avec le monde extérieur. Ces victimes avaient perdu toute humanité et développaient une multitude de réactions schizophréniques, notamment à être soumis et à accepter leur sort.

Plus tard, en accueillant à Chicago des enfants autistes il va faire le parallèle entre les prisonniers et les enfants autistes.

C'est à partir de ces cas qu'il va construire une théorie de l'autisme et de sa psychogenèse.

L'auteur apporte des thèses originales pour comprendre l'enfant autiste et l'aider à se reconstruire.

Il va construire le concept de « situation extrême ». Il se demande si ces enfants autistiques n'ont pas vécu quelque chose de semblable que les prisonniers juifs pour arriver à se retirer ainsi du monde, et à aboutir à une situation de non retour. Il parle de conditions extrêmes dont l'enfant autiste a été soumis.

D'après Bettelheim le nourrisson a un désir ardent d'agir sur le monde environnant, car il n'est pas passif comme on le prétend ; mais il y a bien une activité de sa part.

Cette activité qui est nécessaire au développement du soi ; il lui faut des conditions qui relèvent du biologique et de l'environnement.

Il évoque le rôle de la mère et son attitude au cours de la tétée et des soins serait elle capitale pour le développement de l'enfant et du soi. L'acceptation vraie de l'enfant par sa mère à travers le langage corporel, les mimiques, sourire et la participation à des actions combinées, l'encouragement à être actif.

³⁸ B. Bettelheim, **la forteresse vide**, Editions Gallimard, 1969

³⁹Il insiste sur l'importance de la réponse qui émane de la mère : « Les affects qui ne rencontrent pas la réponse appropriée constituent une expérience extrêmement débilante »

Ainsi l'enfant autistique serait celui qui n'a pas trouvé un environnement sensible à ses réactions, un climat de mutualité qui l'aurait conduit à agir sur le monde environnant.

En expliquant la situation extrême de l'autisme comme étant une réponse à un environnement qu'il ne peut changer.

A travers cet environnement, il vise la mère en particulier qui est décrite comme hostile et « réfrigérante » * de façon consciente ou non.

Son ouvrage fut critiqué par la suite par de nombreux auteurs du courant psychanalytique.

6.1.2. Psychogenèse de l'autisme infantile d'après Tustin :

⁴⁰Dans sa théorie sur la psychogenèse de l'autisme infantile Frances Tustin estime, que l'enfant autiste aurait prématurément pris conscience de sa séparation d'avec le sein maternel, c'est-à-dire avec son objet de satisfaction pulsionnelle.

Il vivrait cette séparation, non comme une perte psychique, mais comme une amputation physique qui concernerait aussi bien l'objet que le corps propre.

D'après elle, la cause de l'autisme est due à une prolongation anormale de l'autisme primaire chez le nourrisson. Cela en raison d'une absence totale ou partielle du nourrissage essentiel.

Pour expliquer l'environnement nourricier, l'auteur s'appuie sur des exemples dans certaines institutions « rétrogrades »*

Dans ces institutions le personnel infirmier chargé de prendre en charge les nourrissons se contente seulement de les nourrir et de les laver.

⁴¹F. Tustin rapporte : « Les bébés étaient placés dans des cabines individuelles, entourées de rideaux, et ne quittaient jamais leur berceau. Ils étaient rarement, sinon jamais câlinés, consolés, distraient »

Cette absence de stimuli sensoriels venus de l'extérieur va perturber le nourrisson d'une manière catastrophique, qu'il en sera traumatisé.

³⁹Ibid, p 46

⁴⁰F. Tustin, **Autisme et psychose de l'enfant**, Editions du Seuil 1977

* terme emprunté à F. Tustin

⁴¹OP. CIT. p.77

De même le développement du nourrisson sera entravé par une déficience mentale, sensorielle. Les lésions du cerveau peuvent limiter chez l'enfant les possibilités d'absorption du nourrissage.

Il peut provenir aussi ; d'une dépression que la mère aurait vécue après son accouchement. Cette dépression que la mère n'a pas pu contenir, et qui ne sera perçue par l'entourage provoquera automatiquement un non investissement psychique du bébé.

6.1.3. Psychogenèse de l'autisme infantile d'après Mahler :

⁴²Quant à Margaret Mahler, psychiatre et psychanalyste américaine, est un des premiers auteurs à étudier l'autisme infantile.

Dans une crèche, elle observe les enfants âgés d'une semaine à trois ans qui passent la journée avec leur mère. Elle en dégage une théorie du développement psychoaffectif normal, psychose symbiotique.

L'auteur estime que la mère est le support du processus de maturation qui Aboutit à la séparation individuation de l'enfant.

Ce processus est obtenu ; grâce à la maturation neurologique et somatique de l'enfant, ainsi que le développement psychique et l'évolution de la relation d'objet libidinal.

-Dans une première phase le nourrisson a une vie mentale et somatique, commandée presque exclusivement par les besoins élémentaires.

-Dans une deuxième phase, il y a un état de dépendance absolue à la mère. L'enfant intègre la mère dans une relation duelle, où il y a symbiose. Le visage de la mère est reconnu et privilégié. L'enfant fait la différenciation entre diverses personnes qui gravitent autour de lui.

-Dans la troisième phase, qui est un processus de séparation individuation du dixième mois à trois ans.

A ce moment l'enfant commence à déplacer son investissement vers des capacités autres ; la marche, le langage, la perception, l'apprentissage.

⁴² M. H. Ledoux, **conceptions psychanalytiques de la psychose infantile**. PUF, 1984

6.2. Approche organique de l'autisme infantile :

Le courant organique à l'opposé de la théorie psychogénétique, part du principe que la pathologie de l'enfant autiste est congénitale et les parents n'y contribuent pas. Depuis les années 70, de nombreux chercheurs représentant différents domaines se mettent à la recherche d'une origine organique de l'autisme.

6.2.1. Facteurs biologiques :

⁴³Le Dr Bernard Rimland (1) est le premier à avoir introduit l'hypothèse de l'origine organique.

Il entreprend en 1974 une recherche avec la participation de 20 chercheurs venus du monde entier.

Partant de l'idée ; que l'autisme n'est pas unique, c'est un syndrome dont les causes sont multiples.

Dans son étude il s'est intéressé à l'aspect anatomique, électro physiologique et biochimique des symptômes autistiques.

Il fut le premier à avoir introduit dans son étude cinq critères précis de diagnostic :

- L'âge d'apparition précoce des symptômes cliniques
- Une inaptitude profonde à communiquer avec autrui
- Un retard du langage
- Comportements ritualisés
- Motricité perturbée et stéréotypies

6.2.2. Facteurs génétiques :

⁴⁴On commence à s'intéresser au génome humain comme facteur déterminant dans l'apparition de l'autisme, lorsque la psychiatre britannique Lorna Wing s'intéresse en 1981 aux travaux du pédiatre autrichien Hans Asperger qui en 1944 parlait d'enfants socialement maladroits mais qui parlaient cependant bien, et avait une apparence intelligente.

Wing estime que le trouble identifié par Asperger diffère sur certains aspects de l'autisme décrit par Kanner, mais qu'ils appartiennent à la même espèce.

⁴³ M. Rutter, E. Schopler ; **L'autisme une réévaluation des concepts et du traitement** PUF, 1991, p.20

⁴⁴ File : // A : Autisme

⁴⁵Le journal américain « Molecular psychiatry » relève que plus de vingt gènes ont fait l'objet d'études.

On s'est intéressé plus particulièrement à trois importants neurotransmetteurs, qui interviennent dans l'apprentissage, la mémoire, les comportements obsessionnels et les dépressions.

⁴⁶Des études entreprises sur les jumeaux montrent quand un jumeau est autiste le second ne l'est que dans 9% lorsqu'il s'agit de dizygotes, mais la concordance chez les monozygotes elle est de 64 à 80 %.

Dans le même sens ; la dernière étude menée par Joseph Buxbaum de ⁴⁷l'école de médecine Mount Sinai de New York, a porté sur 411 familles. L'ADN 2000 personnes a été analysé, parmi lesquelles 720 personnes étaient atteintes d'autisme.

6.2.3. Facteurs neurologiques :

A l'heure actuelle la communauté scientifique considère l'autisme comme la conséquence d'un dysfonctionnement cérébral, dont on ignore encore les causes et aussi les structures impliquées.

On ne sait, si cette affection est localisée au départ dans un point précis du cerveau, avant de s'étendre à d'autres parties, ou ; si elle est d'avance étendue à plusieurs parties.

A commencer par le Dr Margaret Bauman, neuro pédiatre à la Harvard Médical School, qui a examiné les cerveaux d'une trentaine de personnes autistes mortes entre les âges de 5 à 74 ans.

Elle a trouvé une anomalie dans le secteur qui comprend le centre émotionnel du cerveau, et la structure de la mémoire. D'après la chercheuse leurs cellules semblent être immature, plus petites que celles des personnes normales.

⁴⁸En 1994 Garreau et al, suivi en 2001 par Boddart et al ont soumis des enfants autistes à des stimuli sensoriels, en particulier dans la sphère auditive pour comprendre les réactions inhabituels de ces enfants.

Les résultats principaux sont en faveur d'une perturbation sévère du cortex cérébral.

⁴⁵ JTraduit par H. CARTEAU. M. NASH, « les secrets de l'autisme » In Times magazine du 15 juillet 2002.

⁴⁶ File : // A : Sésame

⁴⁷ In revue américaine de psychiatrie Avril 2004

⁴⁸ N. BODDART, M. ZILBOVICIUS, « L'imagerie cérébrale fonctionnelle et l'autisme infantile » In revue enfance, année 2002, n 1 p.15

⁴⁹Récemment, Eric Courchesne et son équipe suppose d'après une étude basée sur l'imagerie cérébrale (IRM), qu'à la naissance le cerveau des enfants autistes est d'une taille normale. C'est entre 2 et 3 ans que la taille de leurs cerveaux devient plus volumineuse que la normale.

D'après Courchesne, l'autisme pourrait être du à un déclenchement trop tôt et trop fort du processus de maturation du cerveau.

6.2.4. Facteurs cognitifs :

⁵⁰Les travaux d' Hermelin et O' Connor en 1970 ont montré que les performances dans le domaine du rappel d'une information verbale ne sont pas améliorées chez les autistes par l'organisation des mots. Les données sont stockées sous forme brute et qu'elles ne font pas l'objet d'une organisation en fonction du sens.

⁵¹Le Pr. Lelord quant à lui a émis l'hypothèse d'un trouble du développement des structures nerveuses responsables du filtrage et de la modulation sensorielle.

Ce qui explique soit une sensibilité excessive au son et au bruit ou au contraire une diminution d'intérêt face aux stimulations extérieures.

⁵²Uta Frith a émis l'hypothèse que dans l'autisme, il y a une faiblesse dans l'organisation logique de l'information.

Elle est intégrée d'une façon fragmentée et non globale. Sa perception du monde est incohérente.

⁵³Selon le pédopsychiatre Andrew Meltezooff de l'université de Washington, il existe un défaut central chez la personne avec autisme ; leur incapacité à se représenter ce que les autres pensent.

On estime que vers l'âge de 4 ans les enfants d'une manière générale, réalisent que les autres personnes ont leurs propres désirs, et pensent autrement qu'eux.

Ce qui leur permet de réagir aux différentes situations sociales qu'ils traversent.

Par contre les enfants autistes pensent que tout le monde pense comme eux. Ils ne savent pas que leurs parents, leurs frères et sœurs, camarades... pensent et voient les choses autrement qu'eux.

Ce qui confirme que les enfants autistes présentent un déficit de la théorie de l'esprit.

⁴⁹ OP. CIT p. 12

⁵⁰ File://A:/Autisme, approche cognitive de l'autisme

⁵¹ Op. Cit

⁵² File : // Autisme : approche cognitive

⁵³ B. ROGE « La fin des querelles ? » In revue la recherche mars 2004 n°373, p, 40

Résumé :

Parler d'autisme nécessite une vaste investigation.

Du fait de sa complexité, ses classifications, ses tableaux cliniques et ses modalités de prise en charge. La compréhension d'une telle psychose infantile qui handicape l'enfant dès les premiers mois de sa vie exige une étude approfondie de la psychopathologie. L'autisme, le trouble mystérieux du siècle, il recouvre de nombreuses particularités et réalités dissimulées, soit par son ambiguïté ou par son étrangeté.

Ces derniers temps il touche une importante catégorie partout dans le monde. De plus, la science n'a pas encore parvenu à déceler ce gène introuvable responsable sur l'envahissement des facultés développementales de la classe affectée. Dans ce chapitre on a essayé de montrer en général de quoi il s'agit l'autisme, comment le reconnaître et quelles sont les célèbres modalités de prise en charge entreprises dans le but de favoriser un épanouissement notable chez les personnes atteintes.

Malgré l'existence de caractéristiques communes, l'autisme se manifeste par une très grande hétérogénéité. Ainsi, à un extrême, le handicap peut être profond avec une absence totale de communication verbale et un retrait massif, et à un autre extrême, malgré les altérations qualitatives de la communication et des interactions sociales une relative autonomie à l'âge adulte est possible, parfois associée à des capacités intellectuelles hors du commun. Cependant, la plupart des personnes atteintes de trouble envahissant du développement ne peuvent vivre de manière autonome à l'âge adulte. La minorité qui le pourra plus ou moins nécessitera un soutien adéquat tout au long de la vie. L'autisme est un trouble qui affecte la vie entière, une fois le diagnostic posé, celui-ci reste stable. De ce fait, il est nécessaire de s'interroger sur l'évolution de ce trouble dans le but d'organiser la prise en charge mais aussi la vie à l'âge adulte. L'enfant atteint de syndrome autistique deviendra adolescent, puis adulte, puis une personne vieillissante. Le devenir des individus avec un autisme est très variable, reflétant à la fois la grande hétérogénéité des autismes, l'hétérogénéité probable de leur cause, mais aussi la disparité en matière de précocité de diagnostic et de prise en charge, et la disparité de modalités des prises en charge.

L'analyse de la littérature sur le pronostic évolutif de l'autisme apporte quelques éléments de réponse mais laisse surtout de nombreuses inconnues et questions. Les facteurs prédictifs les plus constamment retrouvés sont l'importance du retard mental

et le développement du langage avant l'âge de 5 ans. L'interprétation des études longitudinales dans l'autisme est limitée par des facteurs de confusion d'une part et des difficultés d'ordre méthodologique d'autre part. Pour ce qui est des facteurs de confusion : il s'agit tout d'abord de la variabilité et du nombre de facteurs évolutifs, ces facteurs intervenant à des niveaux différents ; il s'agit ensuite de la complexité des interactions entre ces différents facteurs. Pour ce qui concerne la méthode, des difficultés sont retrouvées dans la définition des cas étudiés, la taille des échantillons et les procédures de recrutement, de recueil et d'évaluation.

Chapitre II

L'auto Agressivité

Préambule :

Assister à des comportements violents et agressifs, y penser, en parler est pénible, mais ils existent et il faut y faire face et s'en occuper. A se frapper violemment la tête contre les murs ou le sol, des enfants se sont infligé des fractures du crâne, des décollements de rétine ou ont perdu l'ouïe. D'autres se sont cassé le nez, déformé les oreilles ou aveuglés à force de coups de poings ou de genoux. Certains enfants mordent, se mordent, frappent les autres enfants ou leurs parents au point de se faire des fractures.

Trouble de comportement:

Bien que les personnes atteintes d'autisme aient le plus souvent une apparence physique normale et un bon contrôle musculaire, un grand nombre a des mouvements bizarres et répétitifs, comme des balancements, se toucher les cheveux, ou des comportements auto agressifs comme se mordre les mains ou se cogner la tête. Ceux-ci viennent souvent de leurs difficultés de communication ou de leurs problèmes à comprendre l'environnement social ainsi que la signification sociale des comportements ou encore d'une sensibilité exacerbée à certains stimuli ressentis comme pénibles. Une sensibilité hors du commun au toucher peut contribuer à des symptômes comportementaux tels que la résistance à être cajolés.

Certaines personnes atteintes d'autisme tendent aussi à répéter sans arrêt certains mouvements. Tout changement même mineur dans leurs routines peut être particulièrement déstabilisant pour eux. Les enfants atteints d'autisme jouent rarement à faire semblant.

¹1. Les diverses formes comportementales :

La définition des comportements stéréotypés, englobe diverses formes comportementales. Les exemples donnés dans la Classification Internationale des Maladies (C.I.M.-10) rendent compte de la variabilité des comportements stéréotypés. Ils sont décrits dans le chapitre V (Troubles mentaux et du comportement), dans le groupe F98 intitulé « Autres troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence ». En F98.4, il est décrit les différents mouvements stéréotypés pouvant être rencontrés. Ces mouvements peuvent être de l'ordre moteur : comme le balancement du corps, le balancement de la tête, l'arrachement des cheveux, le fait de se tordre les cheveux, de claquer les doigts ou de battre des mains. Ils peuvent être des comportements d'automutilations, il y a comme exemple dans la C.I.M.-10 : le fait de se cogner la tête, de se gifler, de se mettre le doigt dans l'œil, de se mordre les mains, les lèvres ou d'autres parties du corps. Les manifestations comportementales sont donc multiples et variées.

En reprenant les différentes manifestations comportementales décrites par Y. Bourreau (2008), lui-même s'appuyant sur les études de Bishop, Richler et Lord (2006), j'ai catégorisé les comportements stéréotypés en sous-groupes différents, qui sont les suivants :

²• Les stéréotypies motrices : où l'on y retrouve les mouvements tels que le flapping (mouvement répété et stéréotypé de flexion et d'extension des poignets), les mouvements de balancement du corps par des mouvements du buste d'avant en arrière de manière répétée), les mouvements répétés des doigts, les tournolements,...Ainsi que les maniérismes moteurs ²¹ qui sont des attitudes ou mouvements du corps figés, crispés et non habituel (par exemple une démarche hors du commun, particulière, bizarre, non symétrique, irrégulière,...)

¹ BOURREAU, Y. (2008), Les comportements répétés et restreints dans l'autisme : construction et validation d'une échelle d'évaluation, Thèse doctorale, Tours

²Ibid

³• Les **stéréotypies liées aux objets** : où la personne utilise de manière répétée un objet sans prendre en considération la fonction de celui-ci (elle le prend, le manipule, le tapote, le fait tourner...) Cet attachement à l'objet se fait sur un objet particulier (une montre, une petite voiture, un jouet,... que la personne emporte toujours avec elle) ou sur une partie d'objet en se préoccupant que d'un détail de l'objet (comme les roues de voiture par exemple).

⁴• Les **stéréotypies vocales** : avec des productions répétées de sons ou de vocalises, ou des reproductions répétées de sons, de mots ou de phrases entendues par un proche ou par une source sonore quelconque (vidéo, radio,...) Cette reproduction à l'identique (avec la même intonation) est appelée écholalie.

⁵• Les **stéréotypies sensorielles** : où la personne recherche de manière répétée des stimulations particulières et où elle peut rester focalisée sur celles-ci pendant longtemps. Ces stimulations peuvent être visuelles (lumières, couleurs particulières,...), auditives (bruits de ventilateur, fréquence de sons,...), tactiles (flairer certains objets, porter des objets à la bouche, chercher certaines textures,...). On ne trouve pas dans les études de stéréotypies sensorielles olfactives et gustatives. La recherche de stimulations olfactives et gustatives est moins fréquente, tout du moins elle est moins observable.

⁶• Les **rituels** : sont des séquences d'actions stéréotypées, c'est-à-dire une suite de comportements organisés dans le temps et réglés selon un code fixe, à certains moments de la journée et reproduits tous les jours. Ces comportements ritualisés entraînent une résistance au changement, en effet tout bouleversement de l'ordre fixé peut générer des réactions vives de la part de la personne. Les rituels sont intégrés depuis peu dans le domaine des comportements stéréotypés. Il s'agit par exemple de fermer les portes, d'aligner les objets,...

³ Opcit

⁴ BOURREAU, Y. (2008), Les comportements répétés et restreints dans l'autisme : construction et validation d'une échelle d'évaluation, Thèse doctorale, Tours

⁵ Ibid

⁶ Opcit

⁷• Les **compulsions et les contrôles de l'environnement** :

Qui correspondent à la répétition d'actions, souvent peu complexes, qui visent à obtenir quelque chose de perfectionnée (recherche de propreté extrême, mesures de vérification, de comptages,...) et qui visent à attirer de manière répétée l'attention sur soi (contrôle de la conversation par exemple).

⁸• Les **centres d'intérêts restreints** : où la personne se focalise sur des sujets ciblés et spécifiques, limités en nombre et parfois inhabituels. On retrouve aussi des **idées fixes**, ou **obsessions**, qui reflètent des pensées revenant de manière répétée et intrusive.

⁹ • Les **comportements auto-agressifs et hétéro-agressifs** : qui sont des comportements moteurs stéréotypés dirigés vers le propre corps de la personne, vers autrui et vers un objet et qui sont source de douleurs et/ou de blessures plus ou moins graves. L'auto-agressivité peut être, par exemple, de se ronger les ongles, de mâchonner, de se caresser, de se gratter, de se cogner contre les murs, de se mordre,... L'hétéro-agressivité peut être de pousser quelqu'un, de le taper, de le brutaliser, de le mordre, ou de jeter les objets à terre, de les casser,...

Cette catégorisation des comportements stéréotypés reflète la multitude des formes comportementales que l'on peut classer dans ce domaine. On comprend donc bien qu'il n'est pas si simple de classer toutes ces topographies et que celles-ci peuvent être confondues et/ou associées. La structure d'une stéréotypie est difficile à déterminer, et c'est l'une des raisons pour laquelle les auteurs divergent dans leurs définitions.

⁷ BOURREAU, Y. (2008), « Les comportements répétés et restreints dans l'autisme : construction et validation d'une échelle d'évaluation », Thèse doctorale, Tours

⁸ Ibid

⁹ Opcit

1.1. L'agressivité en tant que trouble de comportement :

¹⁰ Le comportement agressif recouvre toutes les conduites, souples et progressives, ou stéréotypées et ritualisées de menace et attaque intervenant dans les situations de rivalité entre congénères. Il détermine un espace personnel en deçà duquel l'intrusion d'un rival n'est pas tolérée. Cette distance interindividuelle varie selon les espèces et, chez chacun, selon les circonstances et son histoire personnelle. Sa fonction biologique première est d'assurer la sécurité et la tranquillité du sujet, en même temps qu'elle lui garantit les ressources essentielles : une place au dortoir, un accès à la nourriture.

Les fluctuations saisonnières de la production d'hormones gonadotropes et sexuelles, réglées chez les animaux par un rythme endogène stimulé et synchronisé par les variations de l'environnement (photopériode, stimulation sociale), induisent, spécialement chez les males, des modifications importantes de l'intensité du comportement agressif et de l'intolérance. Par le biais de la structuration de groupes sociaux selon les principes des hiérarchies ou de la territorialité, le comportement agressif régleme en fait l'accès aux situations les plus favorables à la reproduction. Il est alors le support d'une compétition et, partant, d'une sélection intrapsychique. Pour l'individu et au sein du groupe social, le jeu des comportements de menace et d'évitement (comportement agonistique) suffit à régler sans dommage corporel l'espacement des sujets selon leur statut et leur fonction. En cas d'augmentation excessive de la densité de population, la pression accrue de compétition, la fréquence des interactions entraînent une situation de stress pouvant provoquer la diminution de la fertilité et une émigration partielle, ce qui ramène à l'équilibre la population, les groupes sociaux, les sujets.

¹⁰ <http://. Sciences humaines.com/> l'énigme de l'autisme-pistes nouvelles

¹¹ 1.2. La nature de l'origine de l'agressivité :

La nature de l'origine de l'agressivité ont fait l'objet de débats confinant à la querelle idéologique. K.Lorenz et S.Freud se rejoignaient pour postuler l'existence d'une pulsion agressive irrépressible. Pour d'autres, elle s'installe au cours de l'ontogenèse, en fonction des frustrations et des expériences. Il faut noter que si, dans la nature, l'agressivité est modulée par des mécanismes compensateurs, elle se prête dans les élevages à la sélection artificielle orientée (coqs et chiens de combat). Les biologistes distinguent l'agressivité intra spécifique qui, soigneusement modulée, concourt au succès global du groupe et de la population en évitant les dommages corporels à l'individu, et l'agressivité interspécifique qui s'inscrit dans le registre du comportement de prédation et d'anti prédation.

¹² 2. Clinique des conduites agressives :**2.1. Classification :**

On distingue :

2.1.1. Des conduites agressives extériorisées de survenue brutale parfois imprévisibles :

On appelle cela des passages à l'acte.

On les distingue :

- Selon le mode d'expression comportementale : agressivité verbale ou physique
- Selon le degré d'inscription dans les règles du groupe social : soit conduites inscrites dans le fonctionnement du groupe (chambres à gaz), soit conduites qui transgressent le fonctionnement du groupe (conduites antisociales)
- Selon l'objet de la conduite : soit l'autre (de façon directe ou indirecte), c'est l'hétéro-agressivité, soit le sujet lui-même, c'est l'auto-agressivité.

¹¹ E mon cite.com

¹² Op cit

2.1.2. Des conduites agressives intériorisées :

- Fantômes agressifs, qu'on peut mettre à jour lors d'une psychothérapie psychanalytique ou par l'étude du dessin et du jeu chez l'enfant.

2.2. Clinique :

2.2.1. Chez l'enfant et l'adolescent :

- **Conduites hétéro-agressives :**

Manifestations sont polymorphes, à la fois moyen d'expression et de communication et décharge explosive d'agressivité, réaction à une frustration.

Trépigner, jeter les objets et frapper les gens : c'est fréquent de 12 mois à 4 ans (environ), avec une nette prédominance chez les garçons. Au-delà de 4 ans l'enfant a acquis de nouveaux moyens de s'affirmer, de réagir à la frustration grâce à la maîtrise du langage. La persistance de réactions agressives répétées est :

- Soit le signe d'une immaturité du "moi" (carence affective précoce ou au contraire relation symbiotique avec la Mère)
- Soit le signe d'un déficit instrumental ou sensoriel (retard de langage).

Colère, rage du nourrisson : colères banales chez l'enfant de 2 à 4 ans, au moment où se manifeste un besoin d'indépendance et d'affirmation de soi.

Si elles persistent et sont très fréquentes, elles peuvent être le signe soit d'une immaturité, soit chez l'enfant qui, souffrant d'une infériorité, trouve dans la colère un mode de compensation.

On peut dire que l'agressivité de l'enfant se manifeste de façon privilégiée dans le jeu. Plus tard les réactions agressives se voient sous forme de bagarres, coups ...

- **Conduites auto-agressives :**

-Automutilations: se gifler, se mordre, se gratter jusqu'au sang, se cogner la

Tête ... Cela peut se voir de façon passagère jusqu'à 2 ans, après c'est préoccupant.

- Suicide

- Conduites à risques : ordalie (rouler vite, faire le "clown" ...)

2.2.2. Chez l'adulte :**• Conduites hétéro-agressives :**

Isolées, de tels passages à l'acte correspondent à une décompensation brutale d'une structure normale de la personnalité trop mise à mal par l'environnement (expérience traumatique, fatigue, accumulation d'échecs ...) :

- Agressivité, agitation sans but défini: crise clastique avec bris d'objet, réaction explosive de colère ... Outre l'environnement d'autres éléments peuvent intervenir dans le déclenchement de ces crises (ivresse, crise d'épilepsie, toxiques ...)

-Comportement antisocial grave, par exemple un crime passionnel (débordement affectif paroxystique ...)

Répétées, en lien avec des troubles de la personnalité. Au maximum les conduites agressives peuvent constituer un mode prévalent de relation à l'objet :

-Conduites antisociales chez les patients psychopathes (le psychopathe se situe en permanence dans l'agir, souvent du mauvais côté de la loi mais parfois du bon ; les traits de personnalité sont l'impulsivité, l'intolérance à la frustration, l'irritabilité ... On note fréquemment quelques particularités telles de nombreux tatouages, piercing, échecs scolaires et professionnels, poly toxicomanie, problèmes judiciaires ...)

-Troubles du comportement chez les épileptiques

-Pervers

-Schizophrènes (dissociés +/- délirants). L'agressivité peut faire partie du tableau. Cas de la héboïdophrénie qui est une forme de schizophrénie avec comportement psychopathiques.

-Paranoïaques, pas de barrières, plus de limites (violence de certains hommes politiques, érotomanie [voir "A la folie pas du tout" avec Audrey Tautou])

-Névrosés agressent peu justement à cause de leur "surmoi".

-Maniaques (opposé des dépressifs) peuvent être très agressifs.

- **Conduites auto-agressives, conduites suicidaires :**

Isolées dans la majorité des cas : pas de structure psychopathique particulière.

Organisées, liées à une structure ou une épisode pathologique :

-Mélancolie (idées de culpabilités, indignité, auto-accusations, souffrance morale, ralentissement psychomoteur, asthénie, insomnie, anorexie). Dans ce cas le risque suicidaire est majeur.

-Dépression "névrotique-réactionnelle" comme chez tout à chacun. Il ne faut pas minimiser le risque suicidaire.

-Schizophrénie : passages à l'acte dans un contexte dissociatif ou délirant.

- **Selon CAT :**

L'Agressivité entraîne souvent (et naturellement) de la peur et de l'agressivité chez le soignant avec un risque accru de passage à l'acte de la part du patient. En théorie il faut donc arriver à contrôler ses émotions.

Surtout de l'expérience mais aussi quelques petits trucs, par exemple éviter la fameuse phrase "maintenant calmez-vous monsieur !" qui n'a finalement jamais calmé personne. Et si nécessaire utiliser contention ou médicaments ...

¹³3. types de l'agressivité :

Il y a différentes formes d'autisme et tous les autistes ne sont pas violents. Quand nous parlons de violences, il faut aussi préciser qu'il y en a de différentes formes :

- La violence à l'égard d'autrui (hétéro-agressivité)
- Mais aussi tout ce que la personne présentant des troubles du comportement peut infliger involontairement à son entourage. Il s'agit de faits, de demandes, d'attentes qui incombent directement aux troubles, qui semblent vitales pour la personne autiste mais qui mettent l'entourage (parents, soignant, éducateurs, accompagnants, etc.) dans une position très difficile et sous pression.
- La violence à l'égard de soi-même (auto-agressivité).

¹⁴3.1. La violence à l'égard d'autrui (hétéro-agressivité) :

Peut-être cette violence distincte de l'agressivité, selon certains pédo-psychiatres. Paul Fustier, dans son ouvrage sur le travail d'équipe en institution, reprend l'expression de Jean Bergeret (1984) lorsqu'il parle de « violence fondamentale ». Ce dernier « analyse le statut d'imprécision de l'objet de l'instinct violent, comme si l'identité primaire de cet objet n'était pas totalement établie ». Il propose alors une distinction essentielle : contrairement à l'agressivité qui vise à nuire de façon très spécifique à l'objet, éventuellement à le détruire, surtout à le faire souffrir, au contraire, dans les situations de violence fondamentale, le statut et le sort de l'objet extérieur ne revêtent qu'une importance secondaire ou encore : « L'autre existe certes dans une position objective, mais la violence seule, quand elle n'est pas déjà l'Eros, ne confère pas à l'objet un authentique statut "objectal" c'est-à-dire triangulaire, œdipien névrotique ».

On peut rencontrer en institution cette impression ressentie par les professionnels qu'ils ne sont pas les destinataires de la violence, qu'ils ne sont visés ni directement, ni même au titre d'objets externalisés qu'il s'agirait de détruire.

¹³Opcit

¹⁴ Daoud Tatou, « Violence et agressivité chez les personnes autistes », Séminaire de relais ile-de-France, lundi 21 novembre 2011.

Bergeret précise : « La violence fondamentale, parce qu'elle reposerait sur un fantasme fondamentalement narcissique primaire, pose la question : l'autre ou moi ? Il s'agirait d'un instinct de survie, peu différent de la pulsion d'autoconservation ».

D'après Fustier : « le travail de Bergeret montre que l'on ne saurait sans contresens, confondre des situations dont le moteur est la violence avec des situations dont le moteur est l'agressivité. Celle-ci suppose une « adresse », un destinataire, elle vise un « objet » clairement individué. »

Les personnes qui présentent ce type de violence fondamentale sont des personnes qui cherchent à se protéger contre une destruction, ou contre la peur d'être détruits. Or nous savons que, pour les personnes autistes, beaucoup de situations que l'on n'anticipe pas ou qu'on ne comprend pas peuvent être source de frustration et générer de la violence.

¹⁵**3.2. Les contraintes tyranniques imposées par l'autiste à son entourage :**

Un exemple. C. Raffin : « Ennio, 32 ans, autiste oblige son père à se rendre tous les samedis matins à un petit village au bord de la mer situé à quelques 70 km de la maison. Il faut alors suivre toujours le même parcours, s'arrêter exactement devant les mêmes bistrotts, le même distributeur d'essence, sinon Ennio n'est pas rassuré par ce rituel et il se met à hurler, se battre, tout cela si fort que même le voisin le plus tolérant appellerait la police. ». Cet exemple - je pourrais en donner plusieurs dizaines semblables tirés de notre expérience - nous donne une idée assez précise du quotidien des parents (mais aussi de tout un entourage) ; il est très difficile de se retrouver face une telle situation, cela devient quelque chose de violent à vivre.

Une institution qui a par exemple le taux d'encadrement d'un éducateur pour cinq adultes handicapés ne peut encadrer de tels comportements.

De plus, il arrive que de tels agissements, qui deviennent insupportables, génèrent de la violence de la part de l'entourage à l'égard de la personne autiste.

¹⁵Ibid

Par exemple, du côté des soignants, il peut y avoir de « la violence institutionnelle » si on n'y est pas suffisamment vigilant.

Dans la façon dont on va accueillir un jeune, dont on s'en occupe : nous devons nous demander si nous lui apportons l'attention nécessaire pour qu'il s'intègre bien dans le groupe, dans l'institution.

Dans la façon de parler, d'imposer les choses, il faut également être vigilant : accompagner la parole aux gestes, être attentif à l'état affectif du jeune au moment de telle ou telle activité... Enfin il est important de ne pas rester figé dans une « répétition » au jour le jour et dans une application à la lettre du planning comme ce serait le cas pour un travail à la chaîne.

L'institution doit prendre en compte plusieurs paramètres pour savoir comment accueillir la violence, pour choisir quelle technique mettre en place afin de mieux la gérer.

¹⁶3.3. La violence à l'égard de soi-même : l'auto agressivité :

Ce phénomène est intimement lié à l'histoire de la psychiatrie infantile. Déjà, dans ses premières descriptions, Kanner (en 1943-1944) mentionne sa fréquence élevée chez les enfants autistes.

Pour situer le propos historique, nous avons Menninger qui, dans son étude de 1935, va rendre compte d'une forme d'automutilation chez les patients psychiatriques qu'il va tout d'abord nommer « suicide focalisé ». Selon lui, le geste automutilateur à la double propriété de satisfaire un besoin d'expiation et un désir d'agression. Ses observations furent menées seulement sur une population adulte. Les premiers travaux de Berès en 1952, ou de Mittelman en 1954, portent surtout sur la tendance à retourner l'hostilité contre soi, sans qu'il soit nécessairement question d'automutilation proprement dite. L'automutilation, au sens restreint « d'activité motrice primitive » telle que nous la connaissons chez les enfants atteints de perturbations précoces graves de la personnalité, est abordée sommairement et comprise comme un effet de l'immaturation du moi.

¹⁶ Op cit

Lézine en 1959 puis Shentoud en 1961 sont les premiers à étudier systématiquement l'automutilation du jeune enfant. Ils établissent qu'elle est à l'origine d'une activité structurante normale et passagère, ayant une valeur adaptative, permise par l'incoordination motrice de l'enfant, pouvant être reprise ou maintenue à la suite d'un développement lacunaire du schéma corporel.

Ainsi nous pouvons définir l'automutilation de différentes façons. Pour certains, ce terme porte à confusion, étant donné qu'originellement il faisait référence au geste délibéré de s'enlever une partie du corps. Il désigne dorénavant l'ensemble des comportements autodirigés réservant des appellations plus spécifiques pour rendre compte des nuances. Certaines définitions ne font que décrire le geste mutilateur.

En outre, ces mêmes auteurs considèrent nécessaire la présence d'une blessure pour distinguer l'automutilation de l'autostimulation, caractérisant par là-même le comportement par ses conséquences plutôt que par sa nature. L'automutilation serait comme « une agression ». Cette description rend compte à la fois de la présence d'une certaine violence et du caractère non secondarisé du geste.

Le problème de sa signification s'est donc posé et a donné lieu à l'élaboration de diverses hypothèses. L'automutilation a été tour à tour considérée comme une agression, une tentative d'établir la réalité corporelle, une fuite dans la douleur, un substitut au langage et un moyen de manipuler l'environnement.

Ajuriaguerra et Jaeggi (1962) décrivent l'automutilation de l'enfant psychotique immergé dans un désordre chaotique comme une tentative de se raccrocher à des bribes d'organisation sensori-motrices.

L'automutilation est considérée comme un moyen pour l'enfant psychotique d'établir la réalité de son corps.

On peut situer dans cette même tendance d'autres auteurs considérant d'abord l'automutilation comme un geste existentiel, une façon de se maintenir en contact avec la réalité, avec la vie.

Cet acte est donc une fuite dans la douleur. Certains souligneront que ce geste automutilateur constitue une fuite soit dans un passage à l'acte, soit dans une douleur en faisant oublier une souffrance psychique plus grande. Bettelheim (1979) parle dans le même esprit du caractère insupportable de l'angoisse psychotique qui pousse les patients à aller jusqu'à se frapper pour le conjurer. Il est rejoint en cela par Lemay (1980) qui associe l'automutilation à l'angoisse d'éclatement, à la sensation de morcellement vécue par l'enfant. On peut également comprendre l'automutilation comme une façon de fuir des émotions trop difficiles à supporter : selon eux, l'enfant cherche, en provoquant la douleur, à neutraliser des sensations pénibles.

Certains vont proposer l'idée d'une triade psychose-mutisme-automutilation, considérant que l'automutilation a une valeur de langage, constituant une mise en scène de l'angoisse.

La conduite automutilatrice serait comme un substitut au langage. Dans ce cas ce comportement est mis en relation avec un problème de communication : l'enfant se mutilerait parce qu'il est plus facilement frustré du fait qu'il ne peut exprimer clairement ses besoins. On remarquera que la forme de l'automutilation varie selon ce qu'elle veut exprimer. Ainsi chez une même personne autiste, le geste automutilateur sera exécuté différemment s'il correspond à un besoin ou s'il est une réaction à une frustration. En somme, nous pouvons penser que l'automutilation correspond à une utilité tournée vers son propre corps. Les variations de l'automutilation pourraient donc relever de l'hostilité plutôt que de l'atteinte à soi-même.

Certains auteurs comportementalistes (Lovaas et Simmons, 1969) proposent l'hypothèse suivante : l'automutilation est à l'origine un répondant lié à l'incoordination motrice de l'enfant.

Pour résumer, nous pouvons dire que certaines personnes autistes choisissent en quelque sorte ce comportement pour composer avec leurs difficultés. Une nouvelle tendance réductionniste souhaiterait que la prochaine édition du DSM (Diagnostic Statistical Manual) considère l'automutilation comme une entité pathologique spécifique.

Puis Braconnier et Ferrari (1982), dans le cadre d'une recherche concernant l'autisme infantile, pensent qu'il faut étudier l'automutilation dans une perspective différentielle pour élargir les connaissances dans le domaine des psychoses infantiles précoces

¹⁷4. L'Auto Agressivité :

4.1. Ses manifestations et ses causes potentielles :

Notons que les comportements d'auto agressivité peuvent exister chez des individus n'ayant ni autisme ni déficience intellectuelle, cela avec des manifestations parfois tout aussi tragiques pour les personnes elles mêmes et leurs entourages. Toutefois, ce court texte n'aborde que les cas spécifiques de l'apparition de ces comportements chez des individus atteints d'autisme et ou de déficience intellectuelle.

Nul ne peut rester indifférent à l'exposition à la souffrance d'autrui. Cela est encore plus insoutenable quand une personne provoque cette souffrance par ses propres comportements de violence envers elle même. Notre empathie naturelle nous pousse à essayer de comprendre afin de pouvoir intervenir pour empêcher ou au moins contrôler de tels comportements et ainsi limiter la souffrance de la personne qui se l'impose. Nous verrons que ceci est parfois plus complexe que nous ne le percevons car nous projetons notre propre souffrance qui ne correspond pas exactement avec celle des personnes concernées.

¹⁸ Les personnes handicapées mentales, et en particulier les personnes atteintes d'autisme, ont déjà de grosses difficultés au niveau de leur intégration sociale et de leurs apprentissages. Un comportement tel que l'automutilation, qui vient aggraver cette situation, peut être considéré comme ayant un effet néfaste, soit directement soit par ses conséquences. Les comportements auto agressifs sont particulièrement source de désocialisations car ils provoquent bien naturellement des réactions d'horreur compte tenu de leur manifestations physiques insoutenable. Par ailleurs, les stigmates, laissés par ces comportements : bleus, plaies, calvitie locale et autres déformations corporelles, conduisent souvent à des réactions de rejet, venant aggraver la situation de handicap. Ces comportements auto agressifs ont donc un effet négatif sur la dignité des personnes qui en souffrent.

¹⁷ L. Meyer, I. Evans, "Nonaversive Intervention for Behavior Problems", Paul H. Brooke Publishing Co, Baltimore 1989

¹⁸ Ibid

Il est donc essentiel de prendre en charge ces comportements afin d'en atténuer l'intensité et la fréquence et si possible d'éviter qu'ils ne se produisent.

¹⁹4.2. Les différentes formes d'auto agression :

4.2.1. La manière dont elles se manifestent :

Il peut s'agir de coups répétés que se donnent les personnes elles mêmes à divers endroits du corps: gifles, coups de poings ou griffures diverses, enfoncement des doigts dans les cavités oculaires, certains s'arrachent les cheveux ou les oreilles, d'autres encore se mordent, parfois jusqu'au sang, voire arrivant à des mutilations de membres tels que les phalanges. L'utilisation d'objets peut aggraver le comportement, entre autre par les pénétrations des divers orifices du corps : bouche, narines, oreilles, anus.

Dans d'autre cas, ils se projettent ou projettent leur tête ou un de leurs membres contre des objets situés dans leur environnement : les murs, les meubles, les portes et fenêtres. Les résultats de ces comportements peuvent aller de simples rougeurs de peau ou autres hématomes à des plaies allant jusqu'à des fractures ouvertes.

²⁰Mais d'autres formes d'auto agression existent. L'ingestion de substances non comestibles (pica), la rumination, c'est à dire la régurgitation et la ré ingestion répétée de nourriture ; la provocation de vomissements, etc.

Toutes ces formes d'auto agression ont bien entendu des conséquences somatiques assez graves et parfois très graves.

La plupart des études montrent que ces cas d'automutilations concernent entre 8 et 15% de la population des personnes handicapées mentales, avec 1 à 2% de cas sévères (Russell 1985). On note cependant une prévalence très supérieure dans la population des personnes autistes. Une étude de Bartak et Rutter évalue à 70% le nombre des personnes autistes qui s'automutilent quand le quotient intellectuel est inférieur à 70 et à 30% pour ceux ayant un Q.I. supérieur à 70. (Murphy 1986)

Notons à ce sujet, que contrairement à une idée reçue, les personnes atteintes du syndrome d'Asperger sont aussi susceptibles de comportements d'automutilation.

¹⁹ O. Russell, "Mental Handicap", Churchill Livingstone, Edinburgh 1985

²⁰ G. Murphy, "Les mutilations", in "Vèmes Rencontres de Vichy 1986, Gloria Laxer Editeur, Publié par l'UNAPEI.

Dans un documentaire récent de la télévision canadienne, une jeune personne avec un syndrome d'Asperger pourtant intégrée dans un job ordinaire, raconte sa souffrance vis à vis de ses propres comportements auto agressifs et de leur impact sur son environnement. De nombreuses personnes atteintes de ce syndrome et participant à des forums de discussions sur Internet parlent de ces comportements dans leur propre cas.

4.2.2.²¹Leurs particularités :

Comme pour le trouble du comportement en général, on devra s'attacher à donner une description aussi précise, circonstancielle et objective que possible de l'apparition et du déroulement des comportements d'auto agressivité. Cette approche descriptive est appelée *analyse fonctionnelle*. Il est indispensable d'utiliser des grilles d'évaluation extrêmement détaillées afin de pouvoir suivre le plus précisément possible les divers éléments entrant en jeu avant, pendant et après l'apparition de ces comportements.

²²La grille devra permettre d'enregistrer de façon *précise* les caractéristiques du comportement d'automutilation, l'*heure* de son apparition, la *fréquence* et la *durée* de sa manifestation, *Dans quel contexte? Où et quand?* Quelles étaient les *activités qui précédaient* le comportement d'automutilation et *celles qui le suivaient*.

Cette analyse fonctionnelle permet en général de mettre en évidence des corrélations entre certaines situations de l'environnement et l'apparition des comportements d'automutilation. Ceci ne veut pas dire qu'il y ait forcément une relation de cause à effet entre les situations mais peut permettre de rechercher de telles causes dans cette direction.

Ce travail d'enregistrement a un autre intérêt, cette fois pour les équipes. En effet, comme nous l'avons noté, ces comportements d'automutilation provoquent une grande souffrance morale aussi chez les personnes qui s'occupent de ces sujets et il peut sembler qu'aucun progrès ne se fasse. L'équipe observe que "Géraldine s'est encore mordu la main jusqu'au sang". C'est désespérant, après tant de mois de travail avec Géraldine. Peut être qu'un retour sur l'historique des comportements auto agressifs de Géraldine permettrait de s'apercevoir que la fréquence de ces comportements est passée de plusieurs fois par jour à une fois par mois... Et que maintenant, ils n'apparaissent qu'en cas de grand stress, etc.

²¹Ibid

²²O. Russell, "Mental Handicap", Churchil Livingstone, Edinburgh 1985

Il est également important de toujours rapprocher les situations d'automutilations des conditions existantes dans l'environnement ordinaire de la personne : *"Il est en général futile d'essayer de faire une évaluation des troubles du comportement chez une personne handicapée mentale sans aller observer cette personne dans son environnement normal."*

5.²³ Les motivations qui pourraient être à la base de comportements auto agressifs :

Nous examinerons ici certaines causes possibles de ce type de comportement, tout en restant très modestes dans nos conclusions. Dans certains cas assez rares, il peut s'agir de conditions liées à des maladies génétiques provoquant directement ces automutilations.

D'une manière générale, il faut rester très concret dans l'analyse des motivations. Il faut éviter des interprétations pas trop complexes, le plus souvent, il s'agit de motivations très basiques et concrètes liées à une sensation de douleur physique (Mal au ventre, mal aux pieds, etc.), de manque (faim, soif, sommeil), mais aussi de souffrances psychologiques (tristesse, échec).

²⁴5.1. Facteurs médicaux :

Les comportements d'automutilation ont été associés à divers syndromes spécifiques. Le syndrome de *Lesch-Nyhan* qui se manifeste par de très graves automutilations ne couvre qu'une faible proportion des cas d'automutilations connus. Cependant, plus de 90% des cas de Lesch-Nyhan sont associé à des comportements d'automutilation. Le syndrome de *Cornelia deLange* ainsi que des *otites chroniques* et des crises d'épilepsie liées au lobe frontal peuvent aussi entraîner des comportements d'automutilation.

Toutefois, aucun mécanisme spécifique liant les comportements d'automutilation au syndrome de Lesch-Nyhan n'a été identifié. De même, la relation entre les comportements d'automutilation et les otites sont peut être moins médicale que liées à des aspects environnementaux.

²³ Ibid

²⁴ B. Iwata, J. Zarcone, T. Vollmer, R. Smith, "Assessment and treatment of self-injurious behaviors", in E. Schopler and G. Mesibov, "Behavioral Issues in Autism", Plenum Press, New York 1994

²⁵5.2. Facteurs Physiologiques :

Ne jamais oublier que la douleur physique peut provoquer des comportements auto agressifs. C'est une réaction courante, même chez des individus non atteints d'autisme. A qui n'est il jamais arrivé de se mordre les doigts suite à un choc douloureux ? Cependant, dans le cas de l'autisme, compte tenu des difficultés de communication, ce mode d'expression peut devenir prépondérant. Par ailleurs, la moindre sensibilité à la douleur peut faire que la morsure ne s'arrête que bien plus tard que chez un sujet normal, d'où l'aspect terrifiant du résultat du comportement d'automutilation.

²⁶5.3. Facteurs environnementaux et comportementaux :

On retrouve pour les automutilations les mêmes facteurs environnementaux signalés de manière générale pour les troubles du comportement (Laxer Tréhin, 2000). Seule la manifestation est plus sévère. Cependant, cette sévérité même est à l'origine de facteurs aggravants.

Notre réaction face à une telle détresse peut servir de *renforcement positif* à l'automutilation. Il est en effet beaucoup plus difficile de réagir avec calme quand les effets de l'automutilation sont particulièrement atroces. Il s'agit bien sûr d'une réaction naturelle en tant que personne humaine normale face à une autre personne en état de souffrance. Cependant, notre réaction conduit les personnes à reproduire leur comportement pour obtenir notre réaction.

Il se peut aussi que notre réaction protectrice nous conduise à éloigner la personne du lieu où s'est déclenché le comportement d'automutilation. Cet éloignement peut constituer un *renforcement négatif*, la personne désirant s'éloigner d'une situation lui déplaisant va se servir de ses comportements d'auto agression pour obtenir d'être retiré des lieux. Notons que dans ce dernier cas il serait utile de déterminer le facteur qui cause ce désir d'être éloigné, il peut s'agir d'un bruit ou d'une sensation qui est très désagréable à la personne. (Voir plus loin les anomalies sensorielles)

Il faut être aussi conscient du potentiel *d'auto-renforcement positif* lié au comportement d'automutilation. En effet, il faut tenir compte d'anomalies sensorielles où l'aspect douloureux est nettement moins perçu chez certaines personnes que dans

²⁵ Ibid

²⁶ G. Laxer, P. Tréhin "Disturbi del comportamento nel autismo e in altre forme di handicap psichico", Phoenix Editrice, Roma 2000

la population ordinaire et le comportement d'automutilation peut constituer dans ces cas une activité recherchée par la personne. (Discussions relevées entre personnes autistes dites de haut niveau à propos de l'automutilation dans un forum Internet privé)

²⁷Dans une catégorie similaire, il faut noter que les comportements d'automutilation peuvent engendrer, par leur caractère rythmique, une montée d'opioïdes qui peut-elle même être recherchée pour atténuer une autre forme de douleur (Iwata et al 1994).

²⁸5.4. Facteurs sensoriels :

Temple Grandin (1991) et d'autres auteurs ont suffisamment insisté sur cet aspect. Des stimuli qui peuvent paraître anodins à tout un chacun peuvent être perçus comme très pénibles et douloureux à certaines personnes autistes. Chez des personnes susceptibles d'avoir des comportements d'automutilation, de telles agressions sensorielles peuvent être des facteurs déclenchant.

²⁷ B. Iwata, J. Zarcone, T. Vollmer, R. Smith, "Assessment and treatment of self-injurious behaviors", in E. Schopler and G. Mesibov, "Behavioral Issues in Autism", Plenum Press, New York 1994

²⁸ T. Grandin, «Sensory Problems in Autism», Proceedings, 1991 Conference of the Autism Society of America, p 214,215

²⁹5.5. Facteurs psychologiques :

Des situations de stress ou de grande tristesse peuvent conduire à des comportements d'automutilation. Ces situations sont le plus souvent difficiles à déceler compte tenu du bas niveau des moyens de communication expressifs. C'est le plus souvent au travers d'une communication sincère entre les familles et les équipes ayant en charge la personne qu'on peut se rendre compte de telles situations.

L'imprévisibilité de certaines circonstances peut aussi constituer une situation de stress insoutenable. Nous avons observé un épisode d'auto agression grave chez un adulte atteint du syndrome d'Asperger placé devant une situation où il ne pouvait plus décider en fonction des éléments à sa disposition.

Un échec perçu comme sévère pourra aussi déclencher des comportements d'auto agression. Un adulte autiste de haut niveau rate pour la quatrième fois son examen de permis de conduire. Son père essaie de détourner la détresse apparente de son fils en lui proposant d'aller faire quelques courses. L'adulte accepte, apparemment satisfait de la diversion proposée. Arrivé dans la rue, sans le moindre signe précurseur, l'adulte se jette violemment tête en avant dans la vitrine du magasin en bas de la résidence de ses parents. Heureusement il n'y a pas de conséquences et l'épisode auto agressif s'est arrêté là..

Les personnes autistes, ont énormément de mal à *comprendre le monde qui les entoure*. Il ne s'agit pas ici d'une compréhension du monde au sens métaphysique mais d'une compréhension pragmatique:

- Que se passe-t-il devant moi, à l'instant, cela va-t-il durer longtemps?
- Que va-t-il se passer autour de moi dans les minutes, les secondes qui suivent?

Pourrai-je avoir une influence, un contrôle, sur ces événements?

²⁹ E mon cite.com

Notons que le comportement auto agressif peut avoir commencé comme un petit trouble du comportement sans gravité particulière, puis avoir évolué en gravité au fur et à mesure qu'il était renforcé selon les processus évoqués ci-dessus. D'où l'importance des prises en charges précoces des troubles du comportement.

³⁰6. La Prévention avant tout :

Dans notre petit livre sur les troubles du comportement (Laxer Tréhin 2000) nous avons insisté sur la prévention plus que sur la prise en charge quand une crise est déclenchée. Les principes évoqués restent valables pour la prévention des automutilations. Il devrait même être appliqué avec encore plus d'attention et de persévérance compte tenu de la gravité des conséquences.

- Faute d'une éducation structurée dès le plus jeune âge où on aura appris à l'enfant à se repérer dans l'espace et dans le temps, nous retrouverons des troubles de comportements provoqués par le stress de l'imprévisibilité.
- Faute d'avoir enseigné un maximum de moyens de communication à la personne, compte tenu de ses capacités, La personne autiste ne va souvent avoir qu'un mode de communication à sa disposition: le trouble du comportement.

Nous ne reprendrons donc pas ici ces éléments de réflexion généraux sur les troubles du comportement. Nous voudrions toutefois signaler les limites de l'élimination directe des troubles du comportement à posteriori : il existe un risque d'apparition de comportements de substitution. En effet si le comportement éliminé avait un rôle communicatif, si on ne donne pas à la personne une alternative socialement acceptable à ce comportement pour communiquer, un autre comportement auto ou hétéro agressif viendra le remplacer dans sa fonction (Bootzin, Acocella, 1984). D'où l'importance encore une fois d'essayer de prévenir, si possible en profondeur, l'apparition de comportements d'automutilation.

³⁰R.R. Bootzin, J.R. Acocella, "*Abnormal Psychology, Current Perspectives*", Fourth edition, Random House, New York 1984, p 425

³¹ 7. L'analyse appliquée du comportement :**7.1. Définition :**

L'analyse fonctionnelle d'un comportement, d'après Skinner, consiste à « spécifier les relations fonctionnelles existantes entre le comportement d'un individu et son environnement ».

Cette approche du comportement humain s'appuie sur l'observation précise et rigoureuse d'un comportement cible afin d'en dégager les éléments déclencheurs et les éléments de maintien, dans le but d'intervenir sur ce comportement avec des stratégies adéquates et adaptées pour le modifier. L'objectif d'une telle approche est donc de pouvoir confirmer ou infirmer une hypothèse selon laquelle un ou plusieurs paramètres identifiés sont supposés prédire, favoriser, expliquer et maintenir le comportement problématique (Elouard, 2011).

³² La modification du comportement, qui vient en second lieu après l'analyse fonctionnelle, passe par son atténuation. On peut atténuer un comportement soit en visant la réduction de l'apparition de ce comportement, soit en passant par l'apprentissage de comportements alternatifs adaptés.

L'approche comportementale trouve alors son unité dans « l'adoption de la méthodologie issue du raisonnement expérimental pour le recueil des faits, leur organisation en hypothèses testables, l'élaboration de stratégies spécifiques et l'évaluation des résultats thérapeutiques. » (Cottraux et coll, 1983)

Yates, en 1970, donne la définition suivante : « les thérapies comportementales représentent la tentative d'utiliser de manière systématique ce corps de connaissance empirique et théorique qui résulte de l'application de la méthode expérimentale en psychologie et dans les disciplines étroitement liées (physiologie et neurophysiologie) dans le but d'expliquer la genèse et le maintien de patterns anormaux de comportements, ainsi que l'application de cette connaissance au traitement ou à la prévention de ces anomalies par des études expérimentales contrôlées de cas uniques tant au niveau descriptif que thérapeutique. »

³¹ ELOUARD, P. (2011), Autisme : les anomalies du comportement, France

³² FONTAINE, O. / COTTRAUX, J. / LADOUCEUR, R. (1983), Cliniques de thérapie comportementale, Bruxelles

³³L'idée d'agir sur un comportement pour le modifier a pu être perçue comme une atteinte à la liberté des personnes. En effet, modifier le comportement de quelqu'un peut être considéré comme très contraignant et donc irrespectueuse de la personne et de la dignité humaine. Cependant, il faut bien comprendre qu'il s'agit, dans l'analyse expérimentale du comportement humain, de « rechercher la fonction de tels comportements pour offrir un moyen plus adapté d'obtenir ce qu'il souhaite » (Rivière, 2006). En d'autres termes, il s'agit de permettre à la personne de développer des moyens comportementaux plus efficaces, plus appropriés et plus adaptés que ceux déjà existants. Ils élargissent de ce fait leur panel de possibilités de comportements et augmentent alors leur liberté en général.

³⁴ 7.2. Historique et modèles théoriques :

Cette approche du comportement humain s'appuyant sur l'observation du comportement, de ses éléments antécédents et de ses éléments de maintien, se fonde sur la notion de conditionnement opérant.

Historiquement, cette conception du comportement a débuté avec l'expérience, en 1890, de Pavlov. Il présente le conditionnement répondant avec son expérience dite du « chien qui bave ». Dans cette expérience, Pavlov constate que le chien salive dès qu'on lui présente de la nourriture. Autrement dit, un stimulus inconditionnel (la nourriture) entraîne une réponse inconditionnelle (la salivation). On dit

« Inconditionnel » car on ne peut agir sur ce principe de réflexe (on présente de la nourriture à un chien, il salive). Pavlov a alors ajouté un stimulus neutre, une cloche, au même moment où l'on présente un stimulus inconditionnel (la nourriture). L'assemblage entre un stimulus neutre et un stimulus inconditionnel entraîne un stimulus conditionnel. C'est-à-dire que la cloche et la nourriture entraînent la salivation.

Au bout d'un certain temps, le stimulus neutre à lui seul, entraîne une réponse conditionnelle : la salivation. La réponse est dite conditionnée ou conditionnelle quand on agit sur le système

³³ RIVIÈRE, V. (2006), Analyse du comportement appliquée à l'enfant et à l'adolescent, Lille

³⁴ Priscille MAROT. Analyse fonctionnelle des stéréotypies d'un enfant porteur d'un trouble du spectre autistique, mémoire en vue d'obtention du diplôme d'état psychomotricien, juin 2013, faculté de médecine, université PAUL SABATIER, Toulouse III

{stimulus-réponse} en y ajoutant une autre variable.

³⁵En 1913, Watson reprend les travaux de Pavlov pour les appliquer au comportement humain et pose les bases de l'analyse comportementale.

³⁶Dans les années 1940-1950, Skinner, considéré comme l'un des pionniers de l'analyse expérimentale du comportement humain, pose ensuite le terme de conditionnement opérant.

Ainsi, les premières analyses fonctionnelles ont été réalisées dans le cadre de schémas simples, essentiellement ceux du conditionnement opérant, représentés par la formule :

S (Stimulus) □ **O** (Organisme) □ **R** (Réponse) □ **C** (Conséquence)

Un stimulus, issu de l'environnement ou de l'organisme, a une action sur l'organisme, qui induit une réponse comportementale de la part de cet organisme. Cette réponse entraîne des conséquences pour l'individu. Celui-ci, avec ses variables internes, est alors considéré et il devient actif dans la réponse.

Des récompenses obtenues par la personne vont lui permettre de choisir une certaine réponse adaptée. Tel ou tel comportement est donc choisi en fonction des conséquences que cette réponse va entraîner dans l'environnement. Par exemple un enfant fait ses devoirs pour contenter ses parents ; il a donc une conséquence positive à se mettre au travail car il reçoit en contrepartie un bénéfice socio affectif.

Ce modèle commence à poser la question du renforcement, que nous avons évoqué en première partie, lors de l'explication des fonctions des stéréotypies : qu'est ce qui est agréable ou désagréable pour la personne ?

Ce modèle s'est ensuite enrichi de variables après l'étude et la compréhension plus approfondie de la notion d'environnement ainsi que par les recherches sur l'organisme. En effet, depuis les années 1960, les modèles d'analyse fonctionnelle du comportement mettent l'accent sur le recueil de données pour déterminer de manière précise et rigoureuse les facteurs propres au sujet et les facteurs issus de l'environnement qui sont impliqués dans le comportement ciblé.

³⁵Ibid

³⁶Op cit

³⁷Le schéma ci-dessous présente le modèle de Fontaine et Ylieff (1981). Il est plus complet que le schéma simple du conditionnement opérant (S-O-R-C) car il indique, en plus de l'observation du comportement associé aux conséquences de celui-ci, l'articulation des variables dépendantes et indépendantes actuelles avec les antécédents historiques.

ANTÉCÉDENTS HISTORIQUES

Inné et acquis (biologiques, développementaux, socio-culturels et familiaux, comportementaux)

Répertoire biologique, comportemental et cognitif spécifique

ANTÉCÉDENTS IMMÉDIATS

- environnement physique et social
- stimuli discriminatifs internes et externes
- évolution du trouble

COMPORTEMENT PROBLÈME

Topographie, fréquence, durée, intensité sur le plan comportemental, cognitif et émotionnel

CONSÉQUENCES SUR L'ENVIRONNEMENT LE SUJET

- comportementales - comportementales
- cognitives - cognitives
- physiologiques

Dans les années 1970-1980, Lovaas élabore des techniques de conditionnement opérant pour éliminer les comportements pathologiques nuisibles au sujet et à l'entourage, puis pour acquérir des comportements à partir desquels des apprentissages plus spécifiques pourront s'établir.

³⁷ File : // A : Sésame

³⁸ 8. Le terme d'Analyse Appliquée du Comportement ou Applied Behavior Analysis :

(A.B.A.) est actuellement la dénomination la plus connue dans le domaine de la psychologie au niveau internationale. Cette approche a été approfondie et enrichie par des modèles d'explication théorique et prouvée scientifiquement par de nombreuses études depuis près de 40 ans, elle est reconnue comme étant une méthode efficace pour apprendre à développer des comportements plus adaptés.

L'analyse appliquée du comportement : point par point Le nombre d'étapes varie en fonction des auteurs, toutefois on peut les décrire au nombre de quatre : dans un premier temps on procède à un recueil de données et à la collecte des informations ; le deuxième temps est l'analyse fonctionnelle à proprement dite avec la sélection du comportement cible, la recherche d'antécédents fonctionnellement reliés au comportement cible et l'établissement d'hypothèses entre ces antécédents et le comportement ; ensuite on choisit les stratégies d'interventions thérapeutiques en fonction des hypothèses retenues ; et enfin on évalue les résultats.

- **³⁹ 1ère étape : le recueil des données :**

Avant toute analyse factorielle et toute intervention, il convient de recueillir un maximum de données et d'informations sur l'enfant, sur son environnement et sur ces comportements. Cette collecte précède l'observation clinique et expérimentale, et elle se fait par l'entretien clinique, structuré ou semi-structuré. Tout d'abord, les informations à recueillir intéressent les caractéristiques de l'enfant et de son milieu familial et socio-affectif. Ensuite, les informations pertinentes concernent celles liées aux comportements inappropriés en eux mêmes: topographie et description précise des comportements problèmes, fréquence d'apparition, durée d'apparition, intensité,... Puis, les informations concernent les conséquences et l'impact de ces comportements inappropriés, sur l'enfant, sur son environnement et sur son entourage, Enfin, les informations à collecter renseignent les stratégies utilisées face à

³⁸ RAPP, J & coll. (2004), Analysis of response allocation in individuals with multiple forms of stereotyped behavior, Journal of applied behavior analysis, 2004, 37, 481-501, University of Florida

³⁹ KENNEDY, C. (2007), Stereotypic Movement Disorder, Functional Analysis in Clinical Treatment, Vanderbilt University

ces comportements et la compréhension de ceux-ci : les ressources disponibles, humaines et matérielles, dans la situation où apparaissent les comportements inappropriés, les croyances de la part de l'équipe éducative à propos des fonctions des comportements inappropriés, les réponses émotionnelles et physiques de l'équipe éducative face aux comportements inappropriés, les stratégies mises en place par l'enfant et par l'entourage,...

Cette 1ère étape a donc pour finalité de formuler la plainte et de cibler le comportement sur lequel il va falloir intervenir. L'issue de cet examen des données est de fournir la base pour procéder à des évaluations et des analyses descriptives expérimentales. (Kennedy, 2007).

De ce recueil de données, on peut déjà concevoir quels vont être les axes d'intervention.

- ⁴⁰**2ème étape : l'analyse fonctionnelle.**

Le comportement choisi doit être un « comportement problème ». Dans le cas des comportements stéréotypés, il convient donc de cibler un comportement qui interfère avec la vie du sujet (dangereux pour lui ou pour les autres, interférence avec l'intégration et /ou les apprentissages,...) Il s'agit ensuite de le définir avec rigueur et précision. Pour cela, il faut utiliser des moyens d'observation efficaces et précis. La rigueur de cette définition et de cette description a pour enjeu l'accord et la compréhension unanime de l'ensemble des personnes agissant sur ce comportement : parents, éducateurs et rééducateurs. Il est judicieux pour cela d'utiliser une grille adaptée et pourquoi pas un enregistrement vidéo.

Le processus d'observation doit permettre d'identifier la fonction de chaque forme distincte topographiquement de comportements cibles observés chez l'enfant. En effet, comme nous l'avons déjà dit, un comportement stéréotypé ou un comportement anormal peut avoir plusieurs formes comportementales et servir des finalités différentes.

⁴⁰ Ibid.

Cette 1ère phase de l'analyse fonctionnelle est primordiale. Plus l'observation sera rigoureuse et préparée et plus le comportement visé sera décrit de manière objective et sans interprétation hâtive.

Le but de l'évaluation fonctionnelle est de comprendre les corrélations entre les événements antérieurs et par conséquent susceptibles d'être liés à ces comportements stéréotypés ou comportements anormaux. Souvent, ces événements peuvent déjà être identifiés à partir de l'examen des dossiers et de l'entretien (1ère étape de l'analyse). Dans le cas de l'observation d'un comportement stéréotypé, les évaluations descriptives doivent identifier les niveaux et les types de stimulations produites dans l'environnement quand la stéréotypie apparaît. Par exemple, les stéréotypies ne se produisent que lorsque de faibles niveaux de stimulations environnementales sont présents, ou alors se produisent uniquement lorsque les niveaux de stimulation sont élevés (Kennedy, 2007).

La recherche des événements antécédents fonctionnellement reliés au comportement cible permet la description des relations de dépendance entre le comportement cible, les événements environnementaux et les états bio-comportementaux. Cela ne signifie pas de chercher les causes internes et émotionnelles de l'enfant, mais de définir de façon opérationnelle les comportements ou antécédents supposés responsables du maintien du comportement cible.

L'antécédent peut être un problème de frustration, c'est-à-dire une incapacité pour l'enfant à réussir une tâche permettant l'accès à des renforcements naturels ou artificiels. On peut prendre l'exemple d'un enfant porteur d'un T.S.A. n'ayant pas accès au langage qui s'engage dans un comportement violent car il ne peut formuler sa demande, et n'a donc pas accès au renforcement souhaité.

L'antécédent peut être une sous-stimulation ou une sur-stimulation. Par exemple, un enfant peut s'engager dans un comportement perturbateur s'il ne reçoit pas assez d'attention de la part de l'adulte, l'antécédent est donc l'insuffisance d'attention. Dans le cas d'une sur stimulation, il peut s'agir, par exemple, d'un environnement trop bruyant qui entraîne un comportement d'automutilations chez une personne autiste.

Enfin, l'antécédent lié au comportement cible peut être l'attente de l'environnement ou les modèles fournis par l'environnement qui sont inappropriés. Prenons l'exemple parlant d'une bagarre après un match de football : les personnes s'engagent dans un

comportement bagarreur et violent par imitation, sans savoir souvent pourquoi la bagarre s'est déclenchée.

Par cette recherche de contingences qui maintiennent le comportement cible de l'enfant, on génère ensuite des hypothèses d'organisation du comportement.

- **3ème étape : Le choix des stratégies thérapeutiques.**

En fonction des hypothèses qui ont été posées quant aux éléments antécédents et aux éléments de maintien d'un comportement non adapté, on fixe les stratégies thérapeutiques pour faire diminuer ce comportement en favorisant l'apparition d'un comportement souhaité.

Les moyens à disposition pour le développement de comportements sont les renforcements, les guidances, les façonnages et les chaînages.

- **⁴¹Les renforcements**

Le renforcement est une opération qui relie deux événements : la réponse comportementale et un événement ou conséquence qui suit la réponse. Cette relation est un renforcement si et seulement si la réponse augmente ou maintient sa probabilité d'apparition en fonction d'une conséquence (Rivière, 2006). L'agent du renforcement est le renforçateur.

Et, comme cela a déjà été précisé, le renforcement peut être négatif ou positif suivant qu'il soustrait ou qu'il retire quelque chose à la situation.

Un renforçateur peut être primaire (ne dépend pas d'autres renforçateurs, comme la nourriture), il peut être secondaire (dépend de l'association avec d'autres renforçateurs résultant de l'apprentissage, comme des jouets, des privilèges, des activités,...ou être généralisé en économie de jetons par exemple, ou être sociaux). Ils sont artificiels ou disposés par quelqu'un.

Le ou les renforçateurs sont à choisir en fonction de l'enfant et de ses intérêts afin d'être efficace(s). Il ne faut pas les multiplier et ils doivent être immédiats.

Le programme d'administration de renforçateur est aussi à choisir avec rigueur, on peut choisir un programme ratio (le renforçateur est donné après un certain nombre de comportements souhaités) ou un programme d'intervalles (le renforçateur est donné si le comportement souhaité apparaît dans l'intervalle de temps fixé).

⁴¹ RIVIÈRE, V. (2006), Analyse du comportement appliquée à l'enfant et à l'adolescent, Lille

Les programmes de renforcement sont une étape dans l'apprentissage, petit à petit, ils sont à diminuer puis à disparaître.

- ⁴²**Les guidances.**

Les guidances sont des événements qui aident à engendrer une réponse : elles sont une aide à l'enseignement, elles sont à retirer le plus vite possible en estompant progressivement la guidance et elles sont à combiner à d'autres procédures de renforcement différentiel (Wolery, 1994, in Rivière 2006).

Il existe six types de guidance : les guidances verbales (mots écrits ou prononcés, comme les consignes, le problème est que l'enfant ne comprend pas nécessairement la consigne) ; les guidances visuelles (par image, comme les pictogrammes des programmes PECS ou Makaton) ; les guidances gestuelles (expressions faciales et postures) ; les guidances physiques (avec accompagnement de certains gestes par exemple) ; les guidances par modelage (c'est-à-dire par imitation, souvent associées aux gestes et à la guidance verbale) et les guidances environnementales (aménagement de l'espace physique pour induire le comportement désiré).

Les guidances choisies sont à estomper progressivement, inversement à l'évolution du comportement souhaité.

- **Le façonnage et le chaînage :**

Le façonnage consiste à faire apparaître un comportement inexistant, qui n'est pas dans le répertoire de l'enfant. Dans ce cas, on renforce les approximations successives du comportement cible. Au lieu d'attendre que le comportement apparaisse pour le renforcer, on renforce graduellement chaque élément qui ressemble à la forme finale. L'estompage, que nous avons vu avec les guidances et les renforcements, vient alors dans un second temps.

Quant au chaînage, il consiste à renforcer les différentes étapes de l'élaboration d'un comportement complexe. Les renforcements sont alors utilisés de manière successive, à chaque élément de la chaîne nécessaire à l'obtention du comportement souhaité.

Ces moyens pour l'apprentissage d'un nouveau comportement et pour l'extinction d'un comportement non souhaité sont efficaces s'ils sont utilisés avec rigueur et précision par l'exemple de l'équipe accompagnant l'enfant.

⁴² Ibid

9. Les prises en charge proposés :**⁴³9.1. Méthode ABA :**

ABA (Applied Behavioral Analysis ou analyse appliquée du comportement) est une méthode éducative inspirée du béhaviorisme.

Il s'agit d'une approche scientifique initiée par les travaux de Skinner dans les années 1930.

Elle a été reprise par Lovaas dans les années 1960. Il a élaboré un traitement comportemental intensif auprès d'enfants autistes.

Cette méthode est basée sur l'étude et l'analyse du comportement.

Elle implique une prise en charge précoce de l'enfant (dès 2 à 3 ans) et une application intensive (de 20 à 40 heures par semaine).

Elle est mise en oeuvre auprès de l'enfant par des professionnels.

Elle nécessite également une forte implication de la famille qui la relaie au quotidien.

La méthode ABA comporte un programme de modification du comportement et de développement des compétences

- **Modifier le comportement :**

Les troubles du comportement sont fréquents chez les enfants TED (Ils n'ont pas d'autres possibilités d'exprimer leur désir de manière plus adaptée).

Pour pouvoir diminuer les comportements inappropriés, il est essentiel de comprendre pourquoi la personne s'engage dans de tels comportements.

Il faut donc observer et analyser ses comportements à partir d'une grille et déterminer les conditions d'apparition et la fonction du comportement inapproprié.

⁴³ RAPP, J & coll. (2004), Analysis of response allocation in individuals with multiple forms of stereotyped behavior, Journal of applied behavior analysis, 2004, 37, 481-501, University of Florida

449.2. Méthode TEACCH :

TEACCH (Treatment and Education of Autistic and related Communication Handicapped Children ou Traitement et éducation des enfants autistes ou souffrant de handicaps de communication apparentés).

Cette méthode a été élaborée en 1971 par Eric Schopler et ses collaborateurs en Caroline du Nord.

C'est une approche comportementale, directive et très structurée. Elle implique la collaboration des familles.

La prise en charge commence par l'évaluation complète de l'enfant qui s'effectue à l'aide d'outils spécifiques comme : le PEP (Profil Psycho Educatif) ou le CARS (échelle de cotation de l'autisme infantile). Il s'agit de repérer les possibilités d'apprentissage de l'enfant (compétences acquises ou en émergence)

- **Les objectifs :**

- Créer un environnement adapté à l'enfant qui lui permette de développer ses compétences :

- l'espace est partagé en aires de travail autonome : table collée à un mur avec des cloisons latérales pour protéger l'enfant des stimulations sensorielles extérieures.

- le matériel est préparé dans des paniers avec des étiquettes de couleur.

- l'enfant travaille de sa gauche à sa droite.

- un coin de travail individuel lui permet de travailler en interaction avec un adulte des compétences en émergence

- un planning visuel d'activités est préparé à l'avance pour qu'il puisse anticiper l'emploi du temps de la journée (structuration du temps)

- proposer des aides visuelles pour aider l'enfant à anticiper et pour soutenir les activités d'apprentissage

- Favoriser l'autonomie :

- fournir des stratégies qui soutiennent la personne durant toute sa vie

- Proposer une approche très individualisée

Cette méthode propose des outils qui peuvent être transférables dans une classe : aménagement et structuration de l'espace de travail de l'enfant.

⁴⁴ SCHOPLER E., LANSING M., WATERS L., Activités d'enseignement pour enfants autistes, Masson, 2001

⁴⁵9.3. MAKATON :

Méthode anglaise mise au point par une orthophoniste Margaret Walker en 1974, d'abord pour les enfants sourds présentant des difficultés importantes d'apprentissages puis pour des sujets entendants présentant des troubles du langage (dysphasie).

Cette approche multimodale de la communication utilise la parole, les signes de la Langue des Signes Française (LSF) et/ou les pictogrammes.

Les signes sont issus de la Langue des Signes Française utilisée par la communauté des sourds. Ils permettent une expression dynamique à l'image du langage oral.

Les pictos sont des symboles graphiques codés. Un vocabulaire de base est constitué de 450 mots/concepts structurés en 8 niveaux progressifs et un vocabulaire supplémentaire répertorié par thèmes permettant d'enrichir les 8 premiers niveaux.

- **Ils peuvent être par exemple :**

- iconiques (maison)
- idéographiques (dessus)
- basés sur les signes de la LSF (va, aller, ça va)
- abstrait

Ils peuvent être utilisés sous diverses formes (cartes, cahier, tableau ou livret de communication...)

Les signes et les pictogrammes offrent une représentation visuelle du langage qui améliore la compréhension et facilite l'expression.

Avec les enfants TED non verbaux, cette méthode favorise la communication (réception et expression).

⁴⁵ APIPA 51 <http://www.asperger-integration.com/>

⁴⁶9.4. PEC'S :

PEC'S (Picture Exchange Communication System, Système de communication par échange d'images) est une méthode fondée en 1994 par Bondy et Frost pour améliorer la communication des autistes. Ce système est largement utilisé aujourd'hui. Il est surtout destiné aux enfants non verbaux ou en difficultés de communication.

L'objectif est d'apprendre le sens de la communication en essayant de faire apparaître une initiative : la demande. La méthode s'appuie sur un système de communication par échange d'images.

- **Pour utiliser cet outil, il est nécessaire de suivre le protocole PECS qui comprend 6 étapes :**

1-objectif : apprendre à l'enfant à mettre une image dans la main de l'interlocuteur.

2-objectif : apprendre à l'enfant à se diriger lui-même vers la source de communication.

3-objectif : apprendre à l'enfant à faire un choix parmi plusieurs images (apprendre à discriminer).

4-objectif : introduire la notion de phrase pictographique (utilisation de la bande phrase détachable).

5-objectif : accroître les demandes spontanées en multipliant le choix d'images et apprendre à l'enfant à répondre à la question : « qu'est-ce que tu veux ? »

6-objectif : faire des commentaires ou répondre à des questions de l'adulte en utilisant les images « je vois », « je veux », « j'ai ».

Une fois que l'enfant a suivi le protocole, (au moins jusqu'à l'étape 3) on peut mettre en place le livret de communication qui permet à l'enfant sans langage verbal ou sans langage verbal adapté de s'exprimer.

C'est un outil qui permet à l'enfant d'exprimer une demande ou une émotion. Il peut prendre différentes formes : classeur, carnet, affichage mural...

Il est constitué d'un support contenant des photos, des images ou des pictogrammes portant sur différents domaines (activités de la classe, besoins de l'enfant...).

L'enfant détache l'image et la remet à l'adulte pour exprimer sa demande.

Le livret peut également être utilisé pour renforcer la compréhension de l'enfant : l'adulte détache et remet le pictogramme à l'enfant lorsqu'il s'adresse à lui.

⁴⁶ Fédération française Sésame autisme <http://sesaut.free.fr>

On peut transférer le système du livret de communication dans des situations pédagogiques qu'elles soient individuelles ou collectives pour permettre à l'enfant de répondre aux sollicitations de l'adulte et ainsi de s'exprimer.

Cette méthode constitue un outil facilement exploitable en classe.

Résumé :

La personne atteinte d'autisme peut avoir des réactions exagérées à tout changement pour manifester sa détresse, sa perte de repères, son angoisse, pouvant aller jusqu'à l'automutilation. Il peut parfois s'agir de comportements jugés « inhumains » et souvent effrayants pour des personnes non habituées à ce type de réactions extrêmes, comme se frapper la tête violemment contre une surface dure, se griffer jusqu'au sang...

Il est difficile de s'imaginer les causes de ces comportements car très peu de personnes autistes peuvent parler de leurs ressentis.

Tous ces comportements évoluant de l'enfance à l'âge adulte, empêchent le plus souvent toute insertion sociale ou professionnelle et l'isolement est extrême. Il s'agit alors d'offrir à ces personnes une éducation spécialisée spécifique à leur handicap et leur permettant d'épanouir au maximum leur personnalité et d'acquérir une certaine autonomie.

Dans l'autisme, le nombre de dysfonctionnements étant très grand, les personnes nécessitent des stratégies cohérentes, affectées à tous les aspects de la vie.

L'autisme n'est pas simplement un problème de communication et d'intégration sociale ; il est constitué de difficultés intellectuelles, sensorielles, comportementales, conceptuelles et d'organisation. Chacune nécessite attention et traitement de la part d'une personne connaissant le handicap et ses effets sur l'ensemble du mode de vie.

La personne autiste serait donc idéalement entourée de différents spécialistes, comme l'ergothérapeute, le psychomotricien, l'orthophoniste, le psychologue... afin de proposer une prise en charge de tous les aspects déficitaires.

Partie pratique

Chapitre III

Méthodologie de la recherche

Préambule :

Pour réaliser une recherche, il faut se baser sur une méthodologie bien déterminée, avoir un terrain de recherche, une population d'étude et des outils d'investigations. Avant d'approcher le terrain d'étude, on a fait d'abord une pré-enquête, en vue de recueillir le maximum d'informations concernant notre thème de recherche.

Dans ce chapitre on va présenter la méthode sur laquelle s'est basée notre recherche ainsi que le terrain et la population d'étude, et les outils de recherche qu'on a utilisés.

La pré-enquête :

¹¹⁶La pré-enquête est « la phase d'opérationnalisation de la recherche théorique .Elle consiste à définir des liens entre d'une part, les constructions théoriques : schéma théorique ou cadre conceptuel selon les cas. Et d'autre part, les faits observables à fin de mettre en place l'appareil d'observation ».

La pré-enquête s'est déroulée entre 05/04/2015 le jusqu'au 20/05/2015.

Le nombre de cas rencontré est de 04 d'enfant autiste âgés entre 6 ans et 8 ans. On a procédé a des visites au sein de l'association, ce qui nous a permis de se rapprocher des enfants afin d'observer sur le terrain les données théoriques et de construire un guide d'entretien.

1. La méthode utilisée dans notre recherche :

¹¹⁷La recherche en psychologie clinique vise à fournir des informations et des connaissances fines et approfondies des problèmes de santé psychologique d'une population, dont le but d'observer, de décrire et expliquer ces conduites en élaborant un savoir théorique sur un phénomène observé.

¹¹⁸Dans notre recherche on a adopté la méthode descriptive, cette dernière consiste à « définir la nature et les limites des éléments qui composent l'objet, ainsi que les relations existantes entre eux ».

¹¹⁶ Chauchat, H, p.19.

¹¹⁷ Chahraoui.KH et Benony.H, 2003, P73.

¹¹⁸ Guidere. M, 2003.

¹¹⁹ Selon J.P. Beangrond, cette méthode a pour objectif « d'identifier les composantes d'une situation donnée et, parfois, de décrire la relation qui existe entre ces composantes »

¹²⁰ Par ailleurs, « la démarche descriptive s'attache à décrire le sujet dans sa singularité et sa totalité, ses conduites sont replacées dans leur contexte individuel (histoire de l'individu et situations actuelle) et prend en compte l'engagement de l'observateur ».

On a choisi l'étude de cas par, qui est selon Quentini sabelle « une méthodologie qualitative employée comme un outil servant à étudier quelque chose spécifique dans un phénomène complexe ».

On s'est référer à cette méthode parce qu'elle tente de donner une image précise d'un problème ou d'une situation particulière, dont notre objectif est de décrire la situation et la souffrance des enfants autistes atteints de trouble de comportement auto agressive et démontrer la gravité de ce dernier et son impact sur ces enfants.

2. La population et sélection de l'échantillon :

Les critères de choix de la population sont en étroite relation avec l'objectif et contribuent à la construction de l'objet.

Dans notre enquête nous avons ciblé quatre enfants autistes qui ne sont pas suivi d'un retard mental qui sont pris en charge au sein du l'association d'aide pour enfants autistes.

Le choix de cette population, va être reposé sur le fait qu'elle constituera la catégorie même de pouvoir répondre en priorité à l'objectif de la recherche.

Pour ce faire, nous avons choisi les associations d'aides qui prennent en charge des enfants autistes.

¹¹⁹ OP.cit

¹²⁰ Rodolphe. G. et Richard. J. F, 1999.

- **Les critères d'inclusion :**

- les enfants atteints du trouble autistique.
- les enfants autistes qui sont entre six ans et huit ans.

- **Les critères d'exclusion :**

- les enfants ne doivent pas être handicapés.
- les enfants ne doivent pas être associés à d'autres maladies mentales ou à des retards mentaux.

3. Quelques outils de diagnostic :

Le diagnostic d'autisme se fait à partir de données cliniques concernant la description des modes de fonctionnement de l'enfant dans les domaines de la communication, des interactions et de ses intérêts.

Des outils diagnostics (entretien clinique, échelles) ont alors été mis en place afin de standardiser cette démarche diagnostique.

3.1. Les instruments utilisés dans notre recherche :

¹²¹ On appelle les instruments de recherche le support, l'intermédiaire particulier dont il va se servir le chercheur pour accueillir les données qu'il doit soumettre à l'analyse. Ce support est un outil dont la fonction essentielle est de garantir une collecte d'observation et/ou de mesures prétendues scientifiquement acceptables et réunissant de qualités d'objectivité et de rigueur pour être soumises à des traitements analytiques.

Pour répondre à notre problématique de recherche nous avons opté pour les techniques suivantes : l'entretien clinique de type entretien semi directif associé d'un guide d'entretien approfondi et l'échelle des conduites auto agressives.

¹²¹ O.Aktouf, méthodologie des sciences sociales, approche quantitative des organisations, une introduction à la démarche classique et une critique, les press universitaires, 1987. Ed les press université de montréal, Québec.

- **L'entretien clinique :**

¹²²Dans le domaine de la psychologie, l'entretien est un outil et un dispositif classique, mais aussi dans d'autres domaines de savoir et de pratique. Le terme de clinique connaît depuis un certain nombre d'années une extension et une inflation qui ont porté à un certain mélange sous le qualificatif d'entretien clinique, de pratique d'entretien bien différentes, si ce n'est divergent, quant à leurs présupposés, leurs modalités, leurs objectifs.

¹²³ L'objectif de l'entretien est d'appréhender et de comprendre le fonctionnement psychologique d'un sujet, en se centrant sur son vécu et en mettant l'accent sur la relation. Il consiste l'un des meilleurs moyens pour accéder aux représentations subjectives.

¹²⁴ Dans le cadre d'une relation, il permet de mettre à jour une dialectique de l'exploration pour le chercheur, de l'expression pour la personne interviewée. Selon A. Blanchet, il s'agit d'un dispositif par lequel une personne (A) favorise la production d'un discours d'une personne(B).

¹²⁵ L'entretien est une méthode employée librement toutes les branches de la psychologie, dès lors que le sujet est capable de s'exprimer par le langage. Son usage nécessite des réflexions approfondies, notamment sur les rapports entre langage et pensée, langage et inconscient, langage et processus d'influence, langage et pratiques sociales, etc. Alors est un dispositif de base en psychologie clinique, c'est lui qui nous permet d'accéder aux représentations du patient, à ses émotions et à son vécu. Il sera mené en fonction du but qu'on poursuit, du cadre et notamment en réponse à la demande de notre recherche.

¹²⁶L'entretien de recherche a un statut particulier qui se distingue de celui de l'entretien mené lors d'investigations psychologiques car cette distinction concerne

¹²² Oliver D. et Benjamin j. 2009, P.131.

¹²³ Chiland C. 1983, P141.

¹²⁴ Chahraoui. KH et Bnony.H, « Méthodes, évaluation et recherches en psychologie clinique », 2003, Paris, Dunod.

¹²⁵ Amy.G et Piolat.M. « Psychologie clinique et psychopathologie », 2005, p 380, Paris, Bréal.

¹²⁶ Dépelteau, F, « La démarche d'une recherche en sciences humaines », 2000, p314, Bruxelles, De Boeck

non pas l'apparence des échanges, mais les processus d'interaction entre le chercheur et le sujet qui participe à la recherche. L'entretien est une technique qui requiert une grande expérience car il n'est pas toujours facile de dépasser le niveau consensuel du premier contact. « C'est un procédé d'investigation pour recueillir des données scientifiques, utilisant un processus de communication verbale pour recueillir des informations, en relation avec le but fixé ».

En méthodologie il ya trois types d'entretiens : l'entretien non directif qui consiste le model de Rogers, l'entretien directif qui consiste en un ensemble de questions directs, et l'entretien semi-directif dont le clinicien pose une question et laisse libre court au sujet pour parler librement.

¹²⁷ Enfin, l'entretien est une technique auquel le chercheur fait appel à différents moment de la démarche de recherche :

1. Lors de l'étape exploratoire afin de construire la problématique.
 2. Lors de la production des données systématique où le chercheur va rencontrer les sujets pour donner la parole afin de tester ses hypothèses de recherche.
- **L'entretien semi-directif :**

Dans notre recherche on a utilisé l'entretien semi-directif à partir duquel on a préparé notre guide d'entretien qui s'est basé sur un ensemble de questions et qui renvoient au thème de notre recherche.

- **Présentation du guide d'entretien :**

¹²⁸ Le guide d'entretien comprend des axes thématiques à traiter, le clinicien chercheur prépare quelques questions à l'avance. L'entretien clinique se fait avec un guide d'entretien, dans lequel le clinicien intervient auprès des sujets qui constituent ça population d'étude. Il est plus ou moins structuré, il s'agit d'un ensemble organisé de fonctions d'opérations et d'indications qui structurent l'activité d'écoute et d'intervention de l'entretien. La consigne doit être formulée à l'avance par le clinicien et elle doit être généralisée et identique pour tous les sujets.

¹²⁷ Lavarde. A.M. « guide méthodologique de la recherche en psychologie », 2008.

¹²⁸ Bénony H. et Chahraoui Kh. « l'entretien clinique » 1999, P69, Paris, Dunod

¹²⁹ L'entretien de recherche est toujours associé à un guide d'entretien plus ou moins structuré, « il s'agit d'un ensemble organisé de fonction d'opérateurs et d'indicateurs, qui structure l'activité d'écoute et d'intervention de l'interviewer ».

¹³⁰ « c'est un premier travail de traduction des hypothèses de recherche en indicateurs concrets et de reformulation des questions de recherche (pour soi) en questions d'enquête (pour interviewés). Le degré de formalisation du guide est fonction de l'objet d'étude, de l'usage de l'enquête et du type d'analyse que l'on projette de faire ».

En outre, notre guide d'entretien est composé d'un type d'entretien :

- En deux axes, on a employé un entretien semi-directif, qui contient des questions correspond à notre thème de recherche, renseignements sur l'enfant et sa pathologie et renseignements sur les conduites auto agressives.
- ¹³¹**L'échelle des conduites auto Agressives :**

L'objectif de cette échelle est d'évaluer les conduites auto agressives chez les enfants, adolescents et adultes, durant deux périodes de vie différentes

-Le temps présent : l'évaluation se base sur les symptômes les plus sévères, observés durant le mois passé (sur les quatre semaines précédent la date de l'évaluation) : échelle des conduites auto agressives actuelles.

-Le temps présent et passé : l'évaluation se base sur les périodes de la vie du sujet (sauf le mois passé) ou les symptômes étaient les plus sévères et, pour chaque période de vie évaluée, il faut considérer le mois le plus « difficile » : échelle des conduites auto aggressive présentes et passées.

¹²⁹ Chahraoui. KH et Bnony.H, « Méthodes, évaluation et recherches en psychologie clinique », 2003, Paris, Dunod.

¹³⁰ Blanchet.A et Gotman.A « l'enquete et ses méthodes, l'entretien, 2^e éd », Paris, Armand Colin.

¹³¹ Sylvie T, Donald J.C, Geneviève H, manuel d'Echelle des Conduites Autoagressives, et Echelle des Conduites Hétéroagressives, les Editions du Centre de Psychologie Appliquée, P2, 3.

Les périodes de vie à évaluer sont représentées par les tranches d'âge suivantes :

0-3 ans (enfance), 4-5 ans (âge préscolaire), 6-10 ans (âge scolaire), 11-13 ans

(Pré adolescence), 14-18 ans (adolescence), plus de 18 ans (adulte, et préciser alors l'âge concerné).

Les conduites auto agressives seront évaluées par des cliniciens familiarisés à ce type de conduites et connaissant le sujet depuis au moins trois mois.

Cette échelle peut être administrée par tout clinicien et professionnel travaillant auprès d'enfant, adolescent et adultes présentant des conduites auto agressives.

4. présentation du lieu de stage :

Notre recherche a été effectuée au sein de l'association d'aide pour enfants autistes « d'un monde à l'autre », qui est une association de prise en charge des enfants atteints de troubles autistiques, qui a été créée sous son agrément en mois d'août 2012.

L'unité a ouvert ses portes le 27/09/2013. Pour les enfants autistes qui sont pris en charge en demi-pension. La capacité d'accueil est sans limites. Sa structure est composée d'un appartement F4 qui sert de bureau de l'association et d'unité de prise en charge des enfants qui est composée de plusieurs classes considérées comme ateliers de travail.

4.1. Le personnel de l'association :

Le président de l'association a fait des contrats de travail pour sept psychologues et une éducatrice le 03/03/2013. qui ont fait pour la première fois la réception pour quatre enfants.

En cette année il y a vingt quatre enfants autistes non reliés à des retards mentaux qui sont pris en charge par des psychologues cliniciens.

Le système de prise en charge s'effectue par rendez-vous de deux fois par semaine d'une période d'une heure et demie.

4.2. L'objectif de l'association :

Selon le programme psychopédagogique et éducatif de « schopler » pour les enfants de moins de six ans. Et pour les enfants de plus de cet âge sont scolarisés et intégrés dans une classe « classe d'intégration scolaire » il y a cinq enfants dans la classe à qui on applique un programme préscolaire et chaque enfant est accompagné par une auxiliaire de vie scolaire « AVS ». Pour assurer la stabilité d'abord et à affronter aux difficultés de communication et interactions et l'élaboration des activités éducatives, comportementales et cognitives dans le but de développer et d'améliorer les capacités des autistes pris en charge.

4.3. Les projets de l'association :

- Pouvoir créer des classes spéciales dans les écoles publiques.
- Former une équipe de prise en charge spécialisée en autisme.
- La création d'un centre de prise en charge des enfants autistes, pouvant accueillir tout les enfants autistes de la wilaya de Bejaia.

4.4. Les fonctions du service :

- L'accueil des enfants autistes au sein de l'unité, à fin de leur assurer une prise en charge adéquate à leur pathologie.
- L'élaboration des activités éducatives, comportementales et cognitives dans le but de développer et d'améliorer les capacités des autistes pris en charge.
- La guidance parentale : pour consultations internes et externes, avec les parents des enfants autistes, afin de les guider, les orienter et les soutenir.

Chapitre IV

Présentation, analyse et
discussion des résultats

Chapitre IV présentation, analyse et discussion des résultats

1. Présentation et analyse des cas :

1.1. Présentation et analyse du 1^{er} cas :

Iliane est un enfant autiste âgé de six (06) ans, il a reçu son diagnostic d'autisme à l'âge de 30 mois environ à « Sétif » par un psychologue clinicien « akhenak redouane », après plusieurs évaluations de psychologues et de psychiatres à Bejaia, il a été pris en charge à l'AAPEA depuis 09/05/2013.

L'enfant est instable, il a un problème de stabilité, il refuse le changement, tout ce qui est nouveau lui effraie, il a une absence du langage, il a des stéréotypies (sauter à la même place, et émet toujours le même son « mmm... »), Il est toujours en colère avec des hurlements. L'enfant est agressif surtout lorsqu'en lui demande de faire quelque chose qu'il ne veut pas ou lorsqu'il ne peut pas transmettre un message.

A.L'analyse de l'entretien avec la maman d' « Iliane » :

Il s'agit de Mme A.Y âgée de 35 ans, iliane est son fils unique, elle est une enseignante au primaire diplômée à l'université de « Tizi ouzou », la faculté des langues et littérature « Amazigh », lors de l'entretien elle nous a semblé calme, compréhensive mais aussi triste et inquiète. Elle nous a répondu sur tout le questionnaire.

Le diagnostic d'autisme de son fils lui fait souffrir, elle n'a pas pu l'accepté directement surtout qu'elle n'avait pas vraiment des idées sur ce trouble, « *j'en ai que la moindre idée sur le trouble* », elle nous a dit qu'elle s'est trouvée dans le sombre « *j'ai été triste, malheureuse et désespéré* », elle ne comprenait rien et le problème qu'elle était seule par rapport à l'absence de son mari qui travaillait au sud, elle nous a révélé qu'elle lui appelé directement avec stress « *vient vite, on me dit que mon fils est autiste, je ne comprend pas et je ne veux pas croire* », « *wellah, souffrigh* ». Après plusieurs évaluations elle a demandé de l'aide pour se renseigner sur l'autisme et avec le soutien de son mari et la famille elle a réussi enfin à accepté la situation de son fils et de s'adapter avec lui « *heureusement que j'ai trouvé mon mari et ma famille à mes cotés* », mais d'après elle, malgré qu'elle a accepté ce trouble mais elle reste une situation douloureuse d'avoir un enfant autiste et qui ne l'appelle même pas « *maman* ».

Chapitre IV présentation, analyse et discussion des résultats

D'après Mme A.Y « Iliane », est un enfant qui lui cause la souffrance et le stress parce qu'il ne parle pas donc il ne peut pas exprimer ses vœux et ses besoins. Il bouge trop il pleure beaucoup, il hurle et se met toujours en colère. La plus part du temps elle ne comprend pas ce qu'il veut.

Elle nous a aussi révélé que « Iliane », est un enfant agressif que se soit envers les autres (hétéro agressivité), ou envers soi même (auto agressivité). Quand elle le laisse seul et s'occupe d'autres choses, elle le trouve pleins de cicatrices bleu, des rougeurs et même parfois pleins de sang.

Il manifeste à chaque fois des conduites agressives surtout envers soi même, des fois il se morde, se tire les cheveux, s'arrache la peau, et généralement il se griffe jusqu'au sang « *c'est pénible* ».

Le malheur qu'elle ne sait pas comment diminuer son agressivité, ni arriver même pas à le calmer, il pique cette crise d'auto agression presque quinze (15) minutes sans arrêt. Elle ne sait pas est-ce-qu'il sent la douleur de ses attaques ?!, mais après il commence à pleurer et à hurler et quand elle essaye à le calmer il replie sur soi même et se fuit vers les coins.

Mme A.Y. nous a raconté qu'avant quinze jours de notre entretien « Iliane », est passé d'une situation mortelle « *j'ai cru à un instant que j'ai perdu mon fils unique, c'était un cauchemar* », la cause était l'interdiction de la stéréotypie par la mère. Il était entrain de sauter sans arrêt, elle a essayé de le tenir et le faire s'asseoir sur la chaise sans bouger, il a refusé et commencer à battre la mère et quand il ne pouvait pas il a retenu son souffle, après quelques minutes la mère a remarqué qu'il est devenu tout bleu, elle lui laisse mais il ne voulait pas respirer. Il a perdu la conscience. Il été hospitalisé pendant 03 jours.

Malgré toutes les souffrances qu'ils ont subi depuis le diagnostic d'autisme de leurs enfant, mais elle garde toujours l'espoir qu'ils pourraient un jour trouver une médication pour leur enfant, pour qu'il puisse devenir normal ou au moins faire disparaître cette agressivité qui vient aggraver le trouble de leur fils.

Chapitre IV présentation, analyse et discussion des résultats

B. L'analyse du cas d' « Iliane » :

A partir des observations du « Iliane », on a constaté que : « Iliane » est un autiste, mais son autisme n'est pas associé à un retard mental, il a un bon cognitif, mais avec des anomalies non verbales, l'enfant ne parle pas il utilise le gestuel pour exprimer ses besoins, il a une motricité faible, il est agressif (hétéro agressivité et auto agressivité).

L'échelle des conduites auto agressives on a constaté que : l'enfant est agressif que ça soit envers les autres ou envers les autres « *mon fils tape, morde, griffe...* », Ces conduites agressives sont présentes dès son bas âge.

A partir de la cotation de l'échelle on a trouvé que dans sa première tranche d'âge [(0-3ans) (l'enfance)] que : l'agressivité est présente mais avec épisodes occasionnelles deux à six fois par semaines, avec des lésions superficielles par rapport à la deuxième tranche d'âge (l'âge préscolaire), ou l'enfant présente une agressivité assez fréquente sur une période plus longue, au moins sept fois par semaine, mais pas nécessairement tous les jours, et qui cause des lésions profondes nécessitant un soin mais pas de contention ou d'inhibition du sujet.

Le sujet manifeste des conduites auto agressives des différents types, ça dépend de leur fréquence, sévérité et durée :

L'enfant à tendance à se pincer les mains, les pieds et les Joux à chaque fois qu'on lui demande de faire ses activités à l'association d'aide et même à la maison. Aussi s'arracher la peau, se gratter, se griffer jusqu'au sang avec des lésions sévères presque en permanence plusieurs fois par heure avec préoccupation majeure quand à la sécurité de sujet surtout à l'absence des parents et la mère surtout. Encore il se tape, se cogne la tête contre les murs, les tables et même contre la terre, surtout quand il sent le sentiment d'abondance de la part de la mère (par ex : quand elle cuisine). Il se morde une agressivité manifesté plusieurs fois par jour de façon régulière avec lésions profondes et symptômes présent de quatre à six mois. Comme il se donne des coups de poing dans la tête et le corps, presque une fois par jour d'une façon régulière et symptômes présent depuis un à trois mois. L'enfant se pose aussi devant des situations de mise en danger surtout des cas répété « retenir son souffle », plusieurs fois par jour de façon régulière, lésion nécessite une limitation des conduites par une contention physique de comportement, symptôme présent depuis quatre à six mois à

Chapitre IV présentation, analyse et discussion des résultats

chaque fois que la maman ou la psychologue qui le prend en charge interdit la stéréotypie, aussi quand il ne peut pas s'exprimer.

Donc à partir de là les parties du corps les plus touchées sont : la tête, le visage, les cheveux, les mains, les doigts, surtout la partie droite du corps. On utilisant les mains, les ongles, la tête et les dents pour s'auto agresser.

Ces comportements d'auto agressivités sont classées dans les contextes suivants : séparation, les conflits, la colère, l'isolement, l'opposition, en présence d'autres personnes ou même quand le sujet est seul avec des comportements associé comme la stéréotypie, conduites hétéro agressives, retrait autistique et langage non verbal , ces conduites auto agressives sont manifestées dans des différents lieux comme : la rue, dans les magasins , dans la voiture, la maison d'amis et même celle des parents.

Résumé du cas :

Le cas d'iliane :

Cet enfant est agressif que se soit envers lui (auto agressivité) ou envers les autres (hétéro agressivité), qui est expliqué par son comportement agressif surtout quand il n'arrive pas à transmettre le message à quelqu'un.

Chapitre IV présentation, analyse et discussion des résultats

1.2. Présentation et analyse du 2ème cas :

Est une fille autiste, âgé de huit ans (08), elle a reçu un diagnostic d'autisme pour la première à l'âge de 28 mois à « Alger » par un psychologue clinicien « akkache salim », elle été pris en charge en 06/06/2013 à l'AAPEA de Bejaia.

L'enfant est instable, se distingue par l'importance de son trouble de la communication et de l'interaction sociale, par son comportement stéréotypique et son angoisse démesuré face à tout changement surtout la couleur de ses vêtements « bleu », elle est très replié sur soi-même, n'explore pas le monde qui l'entoure, elle a le regard latéral. Elle semble qu'elle ne voit plus personne, elle est agressive envers soi-même (auto agressivité), surtout à la présence des étrangers, elle ne semble pas souffrir lorsqu'elle se mutile ou se blesse.

A.L'analyse de l'entretien avec la mère d' « Emélie » :

Elle s'agit de Mme A.A. âgé de 39 ans, mère de deux filles l'inné « Emelie » qui est autiste et l'autre « sarah » âgé de trois mois, femme au foyer. Lors de l'entretien elle nous est parue triste pleine d'inquiétude sur le cas de sa fille.

Le diagnostic d'autisme de sa fille été vraiment difficile pour l'accepter surtout que sa fille été indésirable pour son père « *il n'a pas voulu que son premier enfant soit une fille, vous savez la majorité dans notre société pense de la même façon* », elle nous a révélé qu'elle été seule, perturbé et n'a aucune idée sur l'autisme « *j'étais perdu j'en ai rouvé que mon frère à me soutenir et à m'aider à comprendre ce trouble qui m'a semblé bizarre !* ». Elle nous a dit qu'elle ne peut accepter ce trouble et de vivre avec toute sa vie « *je ne peux pas l'accepter, j'essai Just de m'adapter en attendant de trouver une solution* » elle est inquiète surtout parce qu'elle est une fille, pour elle dans notre société, malgré que les filles maintenant peuvent étudier, travailler, sortir mais toujours elle trouvera du manque par rapport aux garçons.

Selon Mme A.A. ça fille lui cause de l'inquiétude, la société la voit comme une fille folle, elle été habitante à Alger mais après les regards bazars des habitants du quartier pour sa fille, ils ont déménagés à Bejaia « je ne pouvais pas supporter les parlements et les regards des autres envers ma fille » elle était passé d'une situation traumatisante.

Chapitre IV présentation, analyse et discussion des résultats

Emelie jette par fois des mots mais sans reliaison, dans un désordre, sans aucun sens, parfois elle répète ce qu'elle entend. Elle est complètement détaché des autres même sa mère, elle la cherche que lorsqu'elle soit besoin de quelque chose.

« Elle m'accroche la main, me guide lorsqu'elle veut quelque chose après, elle me regarde même pas ». Elle est intégré dans l'association d'aide pour les enfants autistes dans le but de stabilisé est apprendre à parler et à reconnaître ceux qui l'entoure.

Maintenant elle est scolarisée est intégré dans une classe ordinaire est accompagné d'une auxiliaire de vie scolaire en suivant le programme préscolaire à l'école et le programme de schoppler « TEACCH », à l'association d'aide.

Mme A.A. nous a déclaré que sa fille est agressive vers soi-même avec une sévérité de ces conduites. Quand quelqu'un la contrarié ou lui interdit ses stéréotypies (cri et tape les mains). Elle tape sa tête contre les murs, les tables et la terre et surtout arrache ses cheveux plusieurs parties sont disparues. Elle est pleine de cicatrices à force de se mordre et se griffer. Elle ne comprend pas la raison mais généralement lorsqu'elle a besoin de quelque chose est ne trouve pas sa mère, lorsqu'elle ne peut pas réaliser ce qu'elle veut, à la présence de quelqu'un étrange ou lorsqu'en la force à faire ses activités scolaires. La majorité du temps elle est en colère et elle pique des crises d'agressivité.

La mère d'Emelie ne sait pas quoi faire pour diminuer l'agressivité de sa fille, elle est toujours triste, toujours inquiète sur sa fille, elle nous dit qu'elle peut faire quelque soit et aller n'importe où pour faire débarrasser ou au moins diminuer les conduites auto agressives piquées par sa fille.

Mme A.A. nous a raconté une situation récente qui est passé pour sa faille et la cause est l'auto agressivité. Ça fait un mois avant notre entretien sa fille la laisser occupé avec sa petite sœur, et aller à la cuisine et pris un couteau et l'insérer dans son ventre, la maman aller chercher la biberon de sa petite fille, elle a trouvé « Emélie » pleine du sang elle a crié et un voisin la ramener aux urgences. Elle a perdu beaucoup de sang elle a risqué de perdre sa vie.

La mère pense et trouve la solution de la prendre chez un psychiatre pour lui prescira des médicaments, des calaments.

Chapitre IV présentation, analyse et discussion des résultats

B. Analyse du cas d' « Emélie » :

A partir de l'observation du cas « d'Emélie » est une fille autiste, sans un retard mental, elle a un bon cognitif et une motricité fine, elle a tendance à porter des objets qui sont pointus, elle est agressive envers soi-même (auto agressivité).

A partir de l'échelle des conduites auto agressives on a comme résultats : à travers la cotation des tranches d'âge d' « Emélie », que dans la première tranche d'âge [(0-3 ans) (enfance)], l'agressivité est présente mais avec épisodes occasionnelles deux à six fois par semaine et avec des lésions superficielle, par rapport à la deuxième tranche d'âge [(4-5 ans) (l'âge préscolaire)] qui présente une agressivité assez fréquente sur une période plus longue, plusieurs fois par jour de façon régulière et avec des lésions profondes. L'agressivité s'aggrave plus dans la troisième tranche d'âge [(6-10 ans) (âge scolaire)] elle est presque toujours présente plusieurs fois par heure avec des lésions sévères, inquiétante.

Le sujet manifeste plusieurs types d'auto agressivité. Les autos agressions les plus fréquentes et les plus sévères se résument dans les situations suivantes :

L'insertion des objets dans le corps dont l'agressivité est sévère, presque en permanence plusieurs fois par heure, avec des lésions sévères, inquiétantes et préoccupations majeures quant à la sécurité de sujet, et symptôme présent depuis plus d'un an. « Si je ne la surveille pas je la trouve morte ». Considérer aussi pour ce cas comme conduite suicidaire.

Aussi le sujet se pince les mains, les pieds et surtout ses Joux, plusieurs fois par jour et avec des lésions profonde nécessitant un soin et symptôme présent depuis sept à douze mois.

Plusieurs types d'auto agressions comme : se taper, se cogner la tête contre les murs qui se présentent d'une longue durée et avec une sévérité importante, presque en permanence plusieurs fois par jour, de façon régulière, avec des lésions sévères nécessitant un soin et symptôme présent depuis quatre à six mois.

Un autre type qui met le sujet en danger qui est : se donner des coups de poing dans la tête ou le corps, une auto agressivité manifesté plusieurs fois par jour avec des

Chapitre IV présentation, analyse et discussion des résultats

lésions nécessitant une limitation des conduites par une contention physique du comportement.

Les parties les plus touchées par ces conduites d'auto agressivité sont : la tête, le visage, la bouche, les cheveux, les yeux, les mains, les doigts et aussi les jambes. On utilisant des parties du corps pour s'auto agresser comme les mains, les ongles, les dents. Et on utilisant aussi des objets comme les bâtons, clous, aiguilles et surtout le couteau ; dans des différents contextes comme l'isolement, l'opposition, en présence d'autres personnes ou même si le sujet est seul.

Des comportements qui sont associé comme la stéréotypie, le retrait autistique, la colère et le langage non verbal. Ces conduites auto agressives sont manifestées dans des différents lieux à l'école, dans la rue, dans la maison des amies et même celle des parents.

Résumé du cas :

Le cas d'Emelie :

Cet enfant est vraiment agressif surtout envers lui-même, et on trouve tous ça à travers son comportement (insertion des objets dans le corps, s'arracher la peau), surtout quand elle se trouve seule.

Chapitre IV présentation, analyse et discussion des résultats

1.3. Présentation et analyse du 3^{ème} cas :

Yanis est un enfant autiste âgé de 8 ans, il a reçu son diagnostic d'autisme à l'âge de 17 mois à « Alger » par un psychologue clinicienne « Drid hosin », après plusieurs évaluations de psychologues et de psychiatres à « Alger, Constantine et à Bejaia », il a été pris en charge à l'AAPEA depuis 09/05/2013.

L'enfant est instable, il a un problème de cognitif et du verbal, il refuse le changement, tous ce qui est nouveau lui effraie, il a une absence total du langage, il a des stéréotypies. L'enfant est agressif surtout lorsqu'il on lui demande de faire ses activités et aussi quand il n'arrive pas à s'exprimer et a transmettre le message.

A.L'analyse de l'entretien avec la maman :

Il s'agit de Mme B.N âgé de 49 ans, Yanis est son dernier garçon. elle à un niveau scolaire de terminal, elle travaille surveillante scolaire au « CEM », le père est âgé de 49 ans, il travail infirmier à l'hôpital.

Lors de l'entretien elle nous a semble calme, compréhensive, et allaise, elle nous a répondu à tous le questionnaire. Le diagnostic de son fils lui faire souffrir, désespérée, le trouble de son fils est comme cauchemar.

Au début elle n'a jamais accepté cette situation surtout qu'elle n'a pas connait ce trouble.

« Je n'ai jamais entendu de ce mots autiste et je n'ai aucune information sur le sujet ».

Elle ne comprend rien et elle était perturbé et le problème qu'elle était seule, parce que son marie ne voulait pas l'aidé. *« Mon marie a refusé cette enfant depuis la grossesse et maintenant il m'a laissé seule devant cette situation grave !?! Je suis vraiment inquiète sur mon enfant et son avenir ».*

Après plusieurs évaluations, elle a essayé de se renseigner sur l'autisme, et après 7mois qu'elle à accepté la situation de son enfant.

D'après Mme B.N : Yanis est un enfant qui souffre beaucoup de ce trouble parce qu'il ne parle pas donc il ne peut pas exprimer ses vœux et ses besoins.

Chapitre IV présentation, analyse et discussion des résultats

Elle nous a aussi confirmé que « Yanis » est un enfant agressif que ce soit envers lui « auto agressif » ou envers les autres « hétéro agressivités ». Quand la maman l'enseigne trop a la maison environ 2 heures a la fois, il se fatigue, et il voulait s'arrêter, mais la maman l'oblige et le force à continuer dans ce cas il devient agressif, il se tape la tête, il se griffe et il se morde, et après la maman remarque des cicatrices et des traces dans son corps.

La maman ne sait pas comment diminuer son agressivité, et elle n'arrive même pas à le calmer, ce dernier pique des crises d'auto agressivité presque 15 minutes, dont la maman est obligée de lui frapper pour qu'il se calme, et des fois il le fait la câlin.

Malgré que la maman est plus touché et qu'elle vit dans un cauchemar depuis le diagnostic d'autisme de son enfant, mais elle garde toujours l'espoir que son enfant devient un jour un enfant normal comme les autres enfants de son âge

B. Analyse du cas du « Yanis » :

A partir de l'observation de « Yanis » on a constaté que « Yanis » est un autiste, mais qu'il n'est pas associé à un retard mental, il a un problème de cognitif avec des anomalies verbal, l'enfant ne parle pas, il utilise le gestuel pour exprimer ses besoins (il utilise la main de sa mère quand il veut quelque chose), il a une motricité faible, il est agressif (hétéro agressivité ou auto agressivité).

A partir de l'échelle des conduites auto agressives on a constaté que : l'enfant est agressif que ce soit envers les autres (hétéro agressivité) ou envers lui (auto agressivité), mon enfant tape, morde, griffe... ces conduites agressives sont présentes dès son bas âge.

A partir de la cotation de l'échelle on a trouvé que dans la première tranche d'âge (0-3ans (l'enfance)) que l'agressivité est présente mais avec des épisodes occasionnels (1-3 par an) survenant sur une brève période (moins d'un mois), et sans lésion observée par rapport à la deuxième tranche d'âge (âge préscolaire) ou l'enfant présente un agressivité assez fréquente sur une période plus longue, existe au moins sept fois par semaine, mais pas nécessairement tous les jours et qui cause des lésions sévères, inquiétantes et préoccupation majeur quant à la sécurité du sujet.

Chapitre IV présentation, analyse et discussion des résultats

Le sujet manifeste des conduites auto agressive des différents types, ça dépend de leur fréquence, sévérité et la durée :

L'enfant à tendance à se pincer les mains, les pieds et les jeux à chaque fois qu'on lui demande de faire ses activités à l'association d'aide et même à la maison.

Aussi se morde et se griffer jusqu'au sang avec des lésions superficielles, au moins sept fois par semaine, mais pas nécessairement tous les jours avec traces même minimales (rougeurs, bleus) mais ne nécessitant pas de traitement spécifique (soin de la lésion, contention physique ou chimique du comportement), surtout à la présence des personnes étrangères et aussi le changement de la place et de l'endroit, surtout aussi il tape sa tête contre la table, la porte, surtout quand il sent le sentiment d'abondance de la part de la mère, il se morde une agressivité manifeste deux à six fois par semaine avec lésions profondes et symptômes présents durant une semaine ou moins. Comme il se donne des coups de poing dans la tête et le corps presque en permanence plusieurs fois par heures et symptôme présente durant plus d'une semaine mais moins d'un mois. L'enfant se pose aussi devant des situations de mise en danger, surtout des cas répétés, pique des crises, presque en permanence, plusieurs fois par heures, lésions sévères, inquiétantes et préoccupation majeure quant à la sécurité du sujet, symptôme présents durant plus d'une semaine mais moins d'un mois à chaque fois que la maman ou la psychologue qui le prend en charge interdit la stéréotypie, aussi quand il ne peut pas s'exprimer.

Donc à partir de là, les parties du corps les plus touchées sont : la tête, visage, cheveux, les mains surtout la partie gauche du corps. On utilise les mains, les ongles, les pieds, les dents, ou même quand le sujet se gêne de quelque chose ou quand il se présente des personnes étrangères dans la place où il se trouve ; avec des comportements stéréotypés, des conduites hétéro agressives, retrait autistiques et langage non verbal.

Ces conduites auto agressives sont manifestées dans les différents lieux comme : à l'hôpital, à l'école, dans la rue, dans la maison d'amis ou de ses parents.

Chapitre IV présentation, analyse et discussion des résultats

Résumé du cas :

Le cas de Yanis :

Cet enfant est agressif que ce soit envers lui (auto agressivité) ou envers les autres (hétéro agressivité) qui est expliqué par son comportement agressif grave (se tape, se morde, se griffe...), quand il n'arrive pas à s'exprimer et à transmettre le message à cause de son problème cognitif et verbal.

Chapitre IV présentation, analyse et discussion des résultats

1.4. Présentation et analyse du 4^{ème} cas :

Fouad est un enfant autiste âgé de 7ans, il à reçu son diagnostic d'autisme à l'âge de 18 mois à « Annaba » par un psychologue clinicien, après plusieurs évaluations de psychologues et de psychiatres à « Annaba » et à « Blida » ainsi que à « Bejaia », il a été pris en charge à l'AAPEA depuis le 09/05/2013.

L'enfant est instable, il a un problème du sociabilité et de changement, il refuse le changement, tous ce qui est nouveau lui effraie, il a une absence de langage, il à des stéréotypies. L'enfant est agressif surtout lorsqu'on lui demande de faire quelque chose qu'il ne veut pas ou quand il se gêne de quelque chose, et quand il n'arrive pas à s'exprimer.

A. L'analyse de l'entretien avec la maman :

Il s'agit de Mme S.K âgé de 49ans «Fouad »est son dernier garçon, il travail médecin

Généraliste, le père est âgé de 52ans, il travail enseignant de math à l'université.

Lors de l'entretien, elle nous semble calme et compréhensive, elle nous a répondu à tous le questionnaire.

Le diagnostic de son fils lui fait souffrir, au début elle n'a aucune aidé sur l'autisme, mais après il à fait des recherches sur l'internet dont elle renseigner sur ce trouble. Elle nous dit : « c'est vrai que je suis perdu puisque j'ai aucune aidé sur ce trouble ; mais je renseigne sur lui partout quelque soi dans les livres ou sur internet ».

Au début, elle ne comprend rien et elle ne sait pas quoi faire et le problème qu'elle était seule, parce que son marie travail à Annaba et il ne revient pas à la maison pour 6 mois, dont elle n'a pas trouvé l'aide « *mon marie travail loin, je suis obligée de s'occuper de mon fils seule* », « *je suis désespérée, et inquiétée sur mon enfant* ».

Après plusieurs évaluations, et consultations à Annaba, Blida, Alger et a Bejaia, elle à renseigner sur l'autisme, et après une année qu'elle à accepter la situation de son enfant.

D'après Mme S.K : « Fouad » est un enfant qui souffre beaucoup de ce trouble parce qu'il ne parle pas donc il ne peut pas s'exprimer ses vœux et ses besoins.

Chapitre IV présentation, analyse et discussion des résultats

Elle nous à confirmé que « Fouad » est un enfant agressif, surtout envers lui « auto agressivité» et défois envers les autres « hétéro agressivités » ; quand la maman refuse de faire quelque chose qu'il veut, il pique des crises d'agressivité, « *il met ses deux mains dans ses oreilles, commence à crier et hurler et il tape sa tête avec ses deux mains, et se frappe dont il laisse des cicatrices dans son corps* ».

La maman ne sait pas comment diminuer son agressivité, ni arriver même pas à le calmer, il pique des crises d'auto agressivité presque 20 minutes sans arrêt, dont la maman le frappe pour qu'il se calme.

Malgré que la maman souffre beaucoup quand il voie son fils dans cette situation (quand il pique des crises d'auto agressivité), mais elle à garder toujours l'espoir que son enfant devient un jour normal comme les autres enfants de son âge.

B. Analyse du cas du « Fouad » :

A partir de l'observation de « Fouad » on a constaté que « Fouad » est un autiste, mais qui n'est pas associé à un retard mental, il à un problème de sociabilité et de changement avec des anomalies verbal, l'enfant ne parle pas, il utilise le gestuel pour exprimer ses besoins, il utilise ses mains quand il veut quelque chose, il a une bonne motricité, et une bonne imitation, il est agressif (auto agressivité).

L'échelle des conduites auto agressives nous a permet de constaté que :

L'enfant est agressif surtout envers lui (auto agressif), « mon enfant se tape, se cogne la tête contre les objets ... », ces conduites auto agressives sont présentes dès son bas âge.

A partir de la cotation de l'échelle on à trouver que dans la premier tranche d'âge (0-3ans) (enfance), que l'agressivité est présente mais assez fréquents (4-11 par an) sur une brève période, avec des lésions nécessitant une limitation des conduites par une contention physique du comportement par rapport à la deuxième tranche (âge préscolaire), ou l'enfant présente une agressivité assez fréquents (4-11 par an), sur une période plus longue et qui cause des lésions sévères, inquiétantes et préoccupation majeurs quant à la sécurité du sujet.

Le sujet manifeste des conduites auto agressif des différents types ça dépend de leur fréquence, sévérité et la durée...

Chapitre IV présentation, analyse et discussion des résultats

L'enfant à tendance à se pincer les mains, les pieds et les jeux à chaque fois qu'on lui demande de faire ses activités à l'association d'aide et même à la maison.

Aussi se frappe, il case et il se griffe jusqu'au sang avec des lésions qui se présentent plusieurs fois par jour, de façon régulière qui nécessitent une limitation des conduites par une contention physique du comportement, surtout à la présence des personnes étrangères et au changement de la place, surtout aussi il tape sa tête contre la table ou la porte, et il force ses deux mains sur ses oreilles, surtout quand il sent le sentiment d'abondance de la part de la mère, il se griffe et il présente une agressivité qui se manifeste plusieurs fois par jour, de façon régulière avec lésions sévères et symptômes présents durant plus d'une semaine mais moins d'un mois. L'enfant se pose aussi devant des situations de mise en danger, surtout des cas répétés, pique des crises, presque en permanence, plusieurs fois par heure, lésions profondes (effraction cutanée) ou étendues nécessitant un soin (soin de plaie, de tuméfaction important) mais pas de contention ou d'inhibition du sujet, symptôme présent durant une semaine ou moins, à chaque fois que la maman ou le psychologue qui le prend en charge interdit la stéréotypie, aussi quand il ne peut pas s'exprimer.

Donc à partir de là, les parties du corps les plus touchées sont : la tête, visage, cheveux, les mains et les doigts surtout les parties droites du corps. On utilise les mains, les ongles, ou même quand le sujet se gêne de quelque chose ou quand il se présente des personnes étrangères dans la salle de l'entretien ou dans d'autres places qui lui concernent ou il se trouve avec des comportements stéréotypés des conduites auto-agressives, retrait autistique et le langage verbal et non verbal.

Ces conduites auto-agressives sont manifestées dans les différents lieux comme : l'école, dans la rue, dans la voiture, dans la maison d'amis ou de ses parents.

Résumé du cas :

Le cas de Fouad :

Cet enfant présente une auto-agressivité qui est expliquée par son comportement agressif envers lui quand il se gêne de quelque chose ou quand il n'arrive pas à s'exprimer et à cause de son problème de sociabilité et de changement

Chapitre IV présentation, analyse et discussion des résultats

2. Synthèse et analyse générale des cas :

L'analyse du contenu des entretiens que nous avons réalisé avec les parents de notre population d'étude nous a permis de dégager quelques constatations concernant le trouble autistique de leurs enfants et les conduites agressives qui viennent aggraver leurs troubles quel que soit son impact sur leurs enfants et aussi sur les parents.

Effectivement, avoir un enfant autiste à la maison met ses parents face à un autre mode de vie différent de celui suivi déjà avant l'arrivée de son handicap. Selon les propos de nos cas interrogés, son handicap occupe tellement leur vie depuis son diagnostic qui les a affecté énormément et même parfois, il devient une source de conflits entre tant que conjoints ; d'un côté, il les oblige à partager les rôles chaque jour, il les empêche de vivre la joie, il nuit leur relation du couple. D'un autre côté, sa dépendance à ses parents leur impose de s'isoler du monde extérieur et s'enfermer sur eux même.

D'après l'analyse de nos entretiens effectués avec ses parents, on a constaté que l'handicap de leurs enfants leur rend la vie très difficile et différente. Sa présence à la maison nécessite une importante assistance de leurs parts, son épanouissement exige leur présence à la maison tout le temps. Les pensées convergent tout le temps à lui et à son handicap.

D'abord, la plus part des parents ont vécu l'annonce du diagnostic de leur enfant autiste comme un événement capital qui bouleverse leur état psychologique, à cause du caractère inattendu de l'annonce. Selon Evan 1976 « toute personne est en état de choc lorsqu'elle est placée devant un fait inattendu ». De ce fait les parents passent par plusieurs étapes pour accepter l'handicap de leur enfant. Selon Golay et Assal (1993) « le processus d'acceptation d'une maladie peut être très long et comporte quatre étapes principales qui ne sont pas linéaires, ni chronologiques : le choc initial, le stade de désespoir ou de dépression et le stade d'acceptation ».

En effet, s'occuper d'un enfant autiste donne lieu à des répercussions nuisibles surtout pour la santé psychologique des parents, « le fait d'élever un enfant atteint d'autisme a un impact sur la vie personnelle des membres de la famille » (Hastings, Kovshoff et coll.2005), « l'ensemble des effets néfastes du stress subi par les problèmes de santé

Chapitre IV présentation, analyse et discussion des résultats

mentale ou physique. Ils réduisent le temps, l'énergie et la disponibilité nécessaires aux activités et à l'intimité du couple ». (Benson et al. 1989).

Par conséquent, les parents des enfants atteints d'autisme rapportent des difficultés majeures liées au fait d'élever leur enfant, constamment épuisés, perpétuellement stressés, angoissés, anxieux, sous pression et soucieux, même parfois ils tombent dans le piège de la déprime, c'est ce qui met ces parents face à des épreuves à affronter.

Etre le parent d'un enfant autiste signifie comprendre tout ce qui l'entoure et bien plus encore, il faut aussi comprendre et accepter qu'il est difficile pour les autres de comprendre. L'enfant autiste ne présente aucune anomalie physique, son handicap est de vivre différemment parce qu'il perçoit différemment.

Ainsi, accepter la personne autiste, la comprendre et la respecter revient à se remettre soi-même en question et se dire qu'il y a une autre manière de percevoir et donc d'être dans ce bas monde, et pour un grand nombre d'entre nous c'est cela qui est le plus difficile.

Surtout quand l'enfant manifeste des troubles de comportement tels que les stéréotypies, l'autostimulation, et surtout l'agressivité, par ses deux formes soit « hétéro agressivité » et « auto agressivité » qui est la plus importante parce qu'elle vient d'aggraver la situation de plus en plus par la sévérité, la fréquence et la durée et son impact sur les enfants en premier lieu parce qu'elle débute de conduites agressives faibles qui causent des petites blessures et qui se développent vers des comportements sévères qui causent des graves blessures et même jusqu'au suicide.

Suite à nos entretiens et l'échelle des conduites auto agressives présentes et passés, on a constaté une importante conduites auto agressives chez tous les cas, surtout quand au premier et au deuxième cas.

Ces comportements auto agressifs sont manifestés en plusieurs sortes, et selon des causes variés, certains se mordent, se tapent, se griffent, s'arrachent la peau, déchirent leurs vêtements..., tandis qu'autres avalent des objets, ou insèrent des objets dans le corps, comme peuvent manifester plusieurs formes d'auto agressivité à la fois comme on a constaté chez la plus part de nos cas.

Chapitre IV présentation, analyse et discussion des résultats

Ces enfants piquent ses crises d'auto agressivité par rapports à plusieurs situations, comme recherche d'attention comme preuve d'existence, sentiment d'abondance, de jalousie, sorte de décence contre le sentiment d'attaque devant les étrangers, quand ils se posent devant tous ce qui est nouveau parce qu'ils refusent le changement, le repli autistique parce que les autistes sont repliés sur eux même il ignorent tous même leurs familles et quand on les force à les amener dans notre monde il piquent les crises d'auto agression et surtout quand il ne peuvent pas transmettre leurs message ou l'interdiction de leurs stéréotypies.

Intervenir sur les problèmes de comportement peut s'avérer extrêmement couteux et difficile pour l'enfant mais aussi et surtout pour l'adulte. Cela demande de se détacher émotionnellement de la situation, d'être capable de prendre un certain recul afin d'agir plus objectivement ce qui est particulièrement difficile pour les parents. Se faire aider d'un tiers (nounou, famille plus éloignée, éducateur, etc, au quotidien peut être la clé pour une meilleure réussite).

Pour cette raison, il est essentiel de ne s'attaquer qu'à un ou 2 problèmes à la fois.

Par exemple, dans le cas d'un enfant qui présente des troubles du comportement lors des repas (échappement), lors d'une tâche difficile au bureau (échappement), lorsqu'on ne s'occupe pas de lui (recherche d'attention) et lorsqu'on lui refuse des bonbons (obtenir quelque chose)...si, du jour au lendemain, vous décidez de travaillez sur toutes ces situations à la fois, cela peut être extrêmement couteux pour lui et provoquer au final une augmentation des comportements problèmes (que vous ensuite ne pourrez probablement pas gérer).

Il est donc important d'avancer très doucement, par petites étapes et d'accepter de remettre à plus tard certains autres problèmes.

De nombreux enfants avec autisme ont des difficultés à accepter la frustration quand on leur refuse quelque chose. Ici l'objectif va donc être d'apprendre que quand l'adulte dit « non », il ne change pas d'avis et il ne sert donc à rien de présenter des comportements problèmes. Vous pouvez également proposer une alternative à chaque fois que vous dites « non » au début de l'apprentissage (exemple : « le bonbon, c'est

Chapitre IV présentation, analyse et discussion des résultats

non, mais tu peux prendre un verre de jus d'orange si tu veux »). Toutefois, l'enfant ne doit jamais rien obtenir s'il n'est pas parfaitement calmé.

Les personnes atteintes d'autisme sont très souvent des personnes dont la prise en charge est difficile, notamment lorsqu'il y a des comportements violents. C'est une pathologie qui s'exprime à travers une certaine violence, violence de frapper, de casser, de détruire... Mais, paradoxalement, on n'a pas l'impression que cette violence est là pour nuire mais au contraire pour se défendre d'un monde extérieur qui est vécu chez eux comme intrusif, frustrant, inadapté, étranger, et donc comme angoissant.

Enfin, les parents mettent en place des stratégies de faire face pour gérer ces difficultés. Ils adoptent la stratégie de coping afin de pouvoir s'adapter à la situation pour pouvoir ensuite aider leurs enfants qui souffrent de ce trouble, et qui met leurs vies devant des situations répéter de mise en danger.

A partir de nos entretiens on a constaté un nouveau élément touché comme les enfants, qui sont leurs parents qui veillent pour changer la situation dont ils vivent parce que leurs enfants sont inconscients de la dangerosité de cette situation et c'est à eux de mettre fin pour cet état douloureux, alors ils ont tous les moyens pour aider leurs enfants, surtout les mamans, elles souffrent de ses comportements étranges, de ses bizarreries. Elles souffrent de fait de devoir le surveiller, de devoir participer à certaines tâches domestiques avec lui. Elle manifeste de la tristesse face à leur manque de réciprocité exprimé par le refus relationnel, des fois ils ne les regardent pas, n'acceptent pas leurs câlins... ce qui leur cause des troubles psychiques comme la détresse, l'angoisse et même la dépression.

Chapitre IV présentation, analyse et discussion des résultats

3. Discussion des hypothèses :

Notre hypothèses suggérer au départ afin d'accomplir notre étude, provient de l'émergence de multiples conséquences liées aux trouble de comportement « auto agressivité ». Pour cela on a supposé les hypothèses suivantes : « l'auto agressivité à des risques de grave blessures qu'il faut intervenir pour arrêter mais pas n'importe comment » et « l'auto agressivité est le comportement réactionnel par l'autiste pour démontrer qu'il existe et une sorte de punition pour soi-même quand il ne peut pas réaliser son objectif ».

Les résultats obtenus de l'entretien semi-directif et de l'échelle des conduites auto-agressives présentes et passées présentée par les enfants autistes ayant une « auto agressivité » nous a montrer la gravité du se trouble de comportement par rapport aux conséquences marqué sur ces enfants autistes

L'hypothèse stipule que les enfants autistes souffre beaucoup de ce trouble et qui est développer à une auto agressivité grave puisque à travers cette agressivité que ces enfants s'expriment.

Les autos agressions sont pénibles et traumatisantes pour l'enfant et sa famille, elles sont plus fréquentes chez l'enfant mutique. L'auto agressivité a toujours une signification (enfant inoccupé, mécontent, inquiet, qui a besoin de quelque chose, qui souffre, qui veut attirer l'attention...), elle est souvent le seul langage de l'enfant.

Pour éclaircir, il y a des enfants autistes qui ne sont pas agressifs, mais ils peuvent faire d'énormes crises de nerfs quand ils sont confrontés à des situations difficiles ou quand ils n'obtiennent pas ce qu'ils veulent.

Souvent l'enfant autiste ne perçoit pas les dangers qui l'entourent, car sa connaissance n'est pas fondée sur l'expérience. S'il s'est brûlé une fois, il peut recommencer sans appréhension. L'enfant autiste ne vit pas la douleur comme les autres enfants, il peut se faire mal et recommencer un acte dangereux peu de temps après.

L'enfant autiste ne semble pas souffrir lorsqu'il se blesse, lorsqu'il se mutile. Ne perçoit pas la douleur, Ses perceptions, ses sensations sont différentes des nôtres, il faut lui apprendre à comprendre son corps et à percevoir les dangers d'une blessure.

Chapitre IV présentation, analyse et discussion des résultats

Les conduites auto agressives commencent parfois du simple aux difficiles, ce qui est presque l'état des cas évalué.

Dans la première tranche d'âge, l'auto agressivité commence par de simples blessures, traces même minimales, ne nécessitent pas de traitements spécifiques. Après les conduites auto agressives devient plus en plus sévère avec des lésions sévères, inquiétante et préoccupation majeure quant à la sécurité de sujet.

Le plus souvent ces enfants se trouvent devant des situations douloureuses, des enfants pleins de blessures, la peau bleue, pleine des cavités, rougeurs, fractures, handicapé « perte de doigts, main, œil, ... », En plus autiste !

Il faut intervenir pour diminuer ce trouble de comportement mais avec des techniques spécifiques parce que intervenir n'importe comment peut fonctionner contrairement. Avec le recul et le discernement d'une équipe professionnelle pluridisciplinaire, ces informations permettent d'ajuster, progressivement, des réponses adaptées.

Nos cas évalués ont démontré des conduites auto agressives graves, sévères, avec une longue durée comme le cas d'Illiane, « des comportements répétitifs de retentions de souffle qui cause des pertes de conscience dure plus de 30 mn à chaque fois arrive jusqu'à l'hospitalisation ». Et le cas d'Emilie qui insère les objets dans son corps au point d'avoir plusieurs cicatrices de coupures et que la mère a toujours peur qu'elle insère un couteau dans le ventre ou les yeux, soit elle perd sa vie ou ses uns de ces organes. Tous ces résultats, ces révélations, ces constats indiquent clairement que notre première hypothèse est confirmée.

Quant à la deuxième hypothèse qui découle d'un état réactionnel que l'enfant dégage quand il ne peut pas transmettre son message ou exprimer ses vœux.

Les personnes autistes se distinguent par l'importance de leurs troubles de la communication et de l'interaction sociale, par leurs comportements stéréotypés et leur angoisse démesurée face à tout changement. Cette résistance aux changements se manifeste aussi par un refus de l'apprentissage.

Ce rejet de la pédagogie découle de leur incapacité à appliquer les processus d'apprentissage et d'adaptation aux exigences de la vie sociale, non parce qu'ils ne

Chapitre IV présentation, analyse et discussion des résultats

savent pas, mais parce qu'ils ne comprennent pas ce qu'on attend d'eux. Leur seule issue est une défense qui peut aller du simple refus à une violence contre eux-mêmes (auto agressivité), ou parfois à des stéréotypies.

Cette impossibilité à saisir la pensée de l'autre donne à l'observateur l'impression que l'enfant autiste "ne veut pas". Comme l'enfant ne peut utiliser le langage pour communiquer, il se sert des outils à sa disposition, l'insuffisance de son système de communication est un des facteurs clés des troubles du comportement de l'enfant autiste.

L'enfant autiste a une perception des choses très différente de la nôtre, et comme il ne parvient pas à dire la cause de ses angoisses, cela engendre un processus très pénible pour les parents et pour lui-même. Souvent, un fait mineur (changement de rideaux, objets déplacés...) va provoquer ses crises.

L'enfant peut être agressif, soit vers lui-même, soit vers autrui. Cette agressivité très développée peut être un appel, l'enfant étant en difficulté pour demander autrement. Les difficultés de communication rendent plus difficile la canalisation, le contrôle social de cette agressivité, elle est souvent disproportionnée et peut effrayer l'entourage.

L'agressivité se manifeste le plus souvent avec les personnes que l'enfant aime, il faut alors interrompre cette situation. Permettre à l'enfant de frapper les autres quand il a quelque chose à demander, c'est très vite le condamner à être exclu de la société.

Il est important, de savoir prendre en compte cette communication non verbale (tout ce qui n'est pas dit par le verbe). Celle-ci apporte souvent beaucoup d'informations pour le décryptage des comportements d'auto agressivité et de stéréotypie.

Les enfants se tapent, se cognent la tête contre les murs lorsqu'on les force à faire ce qu'ils ne veulent pas, surtout quand ils veulent répéter un mot et n'arrive pas à prononcer, ils commencent à se taper, hurler et pleurer c'est comme c'est que une sorte de punition parce qu'ils ne peuvent pas comme le troisième cas « Anis », il a toujours le sentiment d'incapable, il essaye mais il n'arrive pas et quand il sent le sentiment de désespoir, il pique directement des crises d'auto agressivité.

Chapitre IV présentation, analyse et discussion des résultats

Puisque chaque un de ces enfant à un problème en trouve :

En 1^{er} position ; le problème de cognitif, en 2eme position ; il ya le problème de sociabilité et du changement et avec des anomalies verbal, en 3 ème position ; en trouve le problème de pointage et stéréotypies, et enfin en trouve le problème de la transmission ; dont l'enfant n'arrive pas à s'exprimé, ni à parler, ni à transmettre le message avec à quelqu'un quand il veut quelque choses, dans se cas il se morde, il se tape, il se griffe....

Dans le cas du Yanis : a une auto agressivité grave, et des fois une hétéro agressivité, il souffre de trouble du langage, il est agité, il refuse le changement, et aussi il refuse de faire ses activité à l'association d'aide ou de rester avec quelqu'un étrange pour lui, il est trop attaché à se mère, il n'est pas stable, il se morde, il se griffe, il a un problème de verbal et du gestuel, il est conscient.

Dans le cas de Fouad : cet enfant est agressif, il a un problème de sociabilité et du changement.

Et dans le cas de ilian : cet enfant est agressif surtout lorsqu'en lui demande de faire quelque chose qu'il ne veut pas ou lorsqu'il ne peut pas transmettre un message, il à un problème de stabilité, il refuse le changement, et aussi il a l'absence de langage, il a des stéréotypies « il ne parle pas », il à une motricité faible.

Enfin dans le cas de Emelie : cet enfant est agressif envers soi-même (auto agressivité), surtout à la présence des étranges, elle est instable, dont elle se distingue par l'importance de son trouble de la communication et de l'interaction sociale, par son comportement stéréotypique et son angoisse démesuré face à tout changement surtout la couleur de ses vêtements, elle est très replié sur soi-même, n'explore pas le monde qui l'entoure, elle a le regarde latéral.

Ces enfants démontrent la complexité de ces conduites auto agressives, qui sont manifesté en plusieurs sortes, de différents types et degrés (sévérité, fréquence et durée). Effectivement notre hypothèse est confirmée.

Chapitre IV présentation, analyse et discussion des résultats

-la cohésion entre les résultats obtenus dans l'entretien est celle de l'échelle des conduites auto agressives présente et passées.

-les résultats obtenus de cette analyse ont confirmés l'hypothèse par apport à cette population d'étude.

Conclusion générale

Conclusion générale

Conclusion :

Cette modeste recherche est une étude descriptive par apport à l'utilisation d'une échelle d'évaluation, qui tente de décrire et analyser les conduites auto agressives chez les autistes.

Notre thème d'étude est sur : « l'auto agressivité chez les enfants autistes » et la question de ce travail est la suivante :

-qu'elle est l'impact de comportement auto agressif sur l'autiste ?

-quand est ce que se manifeste le comportement auto agressif, pour quoi, et qu'elles sont ses formes ?

Pour aboutir à une réponse, on a opté pour une étude de quatre cas qui fait partie de la méthode clinique.

La vérification se fera par une échelle des conduites auto agressives présente et passées.

-l'approche behavioriste ou comportementale comme cadre de référence, car cette dernière demeure l'ensemble le plus cohérent concernant la compréhension du côté comportemental.

-les résultats de test administré par quatre cas, dans le cadre d'une étude clinique, ont permis de confirmer notre hypothèses.

L'analyse de contenu de nos entretiens et la vérification à partir l'échelle d'évaluation réalisés avec notre population d'étude, nous a permis de constater la gravité de trouble de comportement « auto agressivité », qui éprouve un négatif impact sur l'autiste et qui cause une situation plus compliqué aux parents, aux soignants, et au monde qui l'entoure.

Cependant, les manifestations de ce trouble qui se découle de plusieurs manières, et les différentes causes de ses comportements, n'autorisent pas la généralisation des résultats obtenus qu'à travers d'autre recherche avec des outils d'investigations et d'évaluations, mais ne changent pas aussi la réalité de gravité de trouble et n'ignore pas la douloureuse situation de l'autiste et sa famille.

Conclusion générale

Enfin, malgré les difficultés que peut avoir notre recherche, comme notre incapacité de réaliser des entretiens avec la fratrie et les papas de ces enfants autistes, le manque de documentation qui traite les souffrances de cette population atteinte de ce trouble, le manque des moyens. Finalement, ce travail reste une initiative à la recherche, et nous espérons qu'il peut permettre d'ouvrir la voie à d'autres recherches et apportera plus de clarté, en fixant peut être l'attention sur d'autres objectifs, comme l'isolement des enfants autistes et auto agressifs de la société, l'impact de trouble de comportement « auto agressivité » sur la famille de l'enfant autiste...etc.

Liste bibliographique

Liste bibliographique

La liste bibliographique:

1-Les ouvrages:

1. Amy. M-D. « comment aider l'enfant autiste, Approche psychothérapique et éducative », 2009, 2^e éd, Paris, Masson.
2. Amy.G et Piolat.M. « Psychologie clinique et psychopathologie », 2005, Paris, Bréal.
3. B. Bettelheim. « la forteresse vide »1969, Editions Gallimard.
4. B. Iwata, J. Zarcone, T. Vollmer, R. Smith. "Assessment and treatment of self-injurious behaviors",1994 in E. Schopler and G. Mesibov, "Behavioral Issues in Autism, Plenum Press", New York
5. Bénony H. et Chahraoui Kh. « l'entretien clinique » 1999, Paris, Dunod.
6. Blanchet.A et Gotman.A «l'enquête et ses méthodes », l'entretien, 2^e éd, Paris, Armand Colin.
7. Chahraoui. KH et Bnony.H, « Méthodes, évaluation et recherches en psychologie clinique », 2003, Paris, Dunod.
8. CUNNINGHAM, A. / SCHREIBMAN, L. (2008) « Stereotypy in Autism : The Importance of Function, Res Autism Spectr Disord ». California
9. Dépelteau, F, « La démarche d'une recherche en sciences humaines », 2000, Bruxelles, De Boeck
10. E. Schopler, « Stratégies éducatives de l'autisme ». Editions Masson, Paris, 1988
11. ELOUARD, (2011), « Autisme : les anomalies du comportement », France
12. F. Tustin, « Autisme et psychose de l'enfant », Editions du Seuil 1977
13. FONTAINE, O. / COTTRAUX, J. / LADOUCEUR, R. (1983), « Cliniques de thérapie comportementale », Bruxelles
14. G. Amy et M. Piolat. « psychologie clinique et Psychopathologie » 1998, Paris, Bréal.
15. G. Laxer, P. Tréhin "Disturbi del comportamento nel autismo e in altre forme di handicap psichico", Phoenix Editrice, Roma 2000
16. G. Lelord. « L'autisme de l'enfant ».1990, Masson, Paris.
17. Guidere.M. « Méthodologie de recherche ». 2003, Paris, Ellpses, 2005.

Liste bibliographique

18. HAS. « Autisme et autres troubles envahissants du développement ». 2010, État des connaissances hors mécanismes physiopathologiques, psychopathologiques et recherche fondamentale.
19. KENNEDY, C. (2007), Stereotypic Movement Disorder, Functional Analysis in Clinical Treatment, Vanderbilt University
20. L. Meyer, I. Evans, "Nonaversive Intervention for Behavior Problems", Paul H. Brooke Publishing Co, Baltimore 1989
21. La Classification Internationale Des Maladies-10^e édition
22. Lavarde. A.M. « guide méthodologique de la recherche en psychologie », 2008
23. Le manuel Diagnostic et Statistique des troubles Mentaux-4^e édition.
24. Lenoir.P, Malvy. J et al. « L'autisme et les troubles du développement psychologique » 2007, 2^e éd, Herstal, Masson.
25. M. H. Ledoux, « conceptions psychanalytiques de la psychose infantile ». 1984, PUF.
26. M. Rutter, E. Schopler. « L'autisme une réévaluation des concepts et du traitement ».1991, PUF
27. MATSON, J. (2009), « Applied Behavior Analysis for Children with Autism Spectrum Disorders », Ed. Springer, Louisiana State University
28. MIERMON, A. (2009), « La prise en charge pluridisciplinaire d'enfants atteints d'un trouble envahissant du développement (TED) », Entretiens de Bichat
29. O. Russell, "Mental Handicap", Churchill Livingstone, Edinburgh 1985
30. R.R. Bootzin, J.R. Acocella, "Abnormal Psychology, Current Perspectives", Fourth edition, Random House, New York 1984.
31. RIVIÈRE, V. « Analyse du comportement appliquée à l'enfant et à l'adolescent ». 2006, Lille
32. Schopler. E et al « Activités d'enseignement pour enfants autistes, Herstal ».2007, Masson.
33. Sylvie T, Donald J.C, Geneviève H, « manuel d'Echelle des Conduites Autoagressives, et Echelle des Conduites Hétéroagressives, les Editions du Centre de Psychologie Appliquée ».
34. Tardif. C et Gepner. B, « L'autisme ». 2003, Paris, Nathan.

Liste bibliographique

35. THELEN, E. « Rhythmical stereotypies in normal human infants, *Animal Behavior* ».1979, Columbia
36. Y. Pelicier, A. Porot, J. Sutter, « Manuel thérapeutique », Editions Puf, Paris

2-Les articles :

1. ALBARET J.M. (2006), Note de synthèse sur les programmes d'auto-instructions dans la prise en charge de l'enfant TDA/H, A.N.A.E., 90 ; 324-329, Toulouse
2. B. ROGE, « La fin des querelles ? » in revue la recherche, Mars 2004 n 373
3. CASSELA, D. / SIDENER, M. (2011), « Response interruption and redirection for vocal stereotypy in children with autism » : a systematic replication, *Journal of applied behavior analysis*, 44, 169-173, Caldwell
4. Daoud Tatou, « Violence et agressivité chez les personnes autistes », Séminaire de relais ile-de-France, lundi 21 novembre 2011.
5. G. Murphy, "Les mutilations", in "Vèmes Rencontres de Vichy 1986, Gloria Laxer Editeur, Publié par l'UNAPEI
6. H. CARTEAU. M. NASH, « les secrets de l'autisme » In Times magazine du 15 juillet 2002
7. In revue américaine de psychiatrie Avril 2004
8. N. BODDART, M. ZILBOVICIUS, « L'imagerie cérébrale fonctionnelle et l'autisme infantile » In revue enfance, année 2002, n 1.
9. O.Aktouf. « méthodologie des sciences sociales », approche quantitative des organisations, une introduction à la démarche classique et une critique, les press universitaires, 1987. Ed les press université de montréal, Québec
10. RAPP, J. / VOLLMER, R. (2005), Stereotypy I : A review of behavioral assessment and treatment, *Research in Developmental Disabilities* 26, 527-547, Florida
11. RAPP, J & coll. (2004), Analysis of response allocation in individuals with multiple forms of stereotyped behavior, *Journal of applied behavior analysis*, 2004, 37, 481-501, University of Florida
12. REHFELDT, R. / CHAMBERS, M. (2003), Functional analysis and treatment of verbal persévérations displayed by an adult with autism, *Journal of applied behavior analysis*, 2003, 36, 259-261, Southern Illinois University

Liste bibliographique

13. Revue information créai « enfants et adolescents autistes et psychotiques » n°87, 1992.
14. SHERER, M. / SCHREIBMAN, L. (2005), Individual Behavioral Profiles and Predictors of Treatment Effectiveness for Children With Autism, Journal of Consulting and Clinical Psychology 2005, Vol. 73, No.3, 525-538, University of California
15. T. Grandin, «Sensory Problems in Autism", Proceedings, 1991 Conference of the Autism Society of America
16. THOMMEN, E. / CHASTELLAIN, A. « Les comportements stéréotypés chez trois personnes adultes atteintes d'autisme : une analyse de leur occurrence lors D'activités quotidiennes », Revue Francophone de la Déficience Intellectuelle, Vol 20, 156-164, Lausanne

3-Thèse :

1. BOURREAU, Y. (2008), Les comportements répétés et restreints dans l'autisme : construction et validation d'une échelle d'évaluation, Thèse doctorale, Tours
2. FOUDON, N. (2008), L'acquisition du langage chez les enfants autistes : Étude longitudinale, Thèse doctorale, Lyon

4-sites internet :

1. E mon cite.com. consulter le 03/03/2015 à 11h 42
2. File : // A : Sésame. consulter le 15/04/2015 à 20h
3. File://A:/Autisme, approche cognitive de l'autisme. Consulter le 15/04/2015
4. File : // Autisme : approche cognitive. Consulter le 03/03/2015 à 12h
5. <http://. Sciences humaines.com/> l'énigme de l'autisme-pistes nouvelles. Consulter le 16/02/2015 à 14h30.

Annexes

Annexes

Liste des abréviations :

- TED : Trouble Envahissant du Développement.
- ABA : (Applied Behavioral Analysis) ou l'Analyse Appliquée du comportement.
- TEACCH : Treatment and Education of Autistic and related Communication Handicap Children ou traitement et éducation des enfants autistes et souffrants de handicaps apparentés de la communication.
- CIM-10 : Classification International des Maladies _10^e édition.
- DSM-IV : Le manuel Diagnostic et Statistique des troubles Mentaux_4^e édition.
- AAPEA : Association d'Aide Pour Enfants Autistes.
- CICA : Clinique d'Intervention et Consultation en Autisme.
- LSF : Langue des Signes Française.
- PEC'S : Picture Exchange Communication System, Système de communication par échange d'images.
- DTT : Discreet Trial Teaching, ou enseignement par essais distincts.
- CLIS : Classe d'Intégration Scolaire

Annexes

Le guide d'entretien :

Ce guide d'entretien qu'on a effectué durant notre recherche se compose de trois axes. Les deux premiers axes réservés à la collecte des données générales sur l'enfant et son trouble, tandis que le troisième axe concernant l'évaluation des conduites auto agressives présentes et passé.

1^{er} axe : renseignements sur l'enfant et sa pathologie :

- 1)- votre enfant est-il du sexe masculin ou féminin ?
- 2)- quel âge a-t-il ?
- 3)- votre enfant a-t-il reçu un diagnostic d'autisme ?
- 4)- quel âge avait-il-lors du diagnostic ?
- 5)- quel est le type d'autisme dont il souffre ?
- 6)- pouvez- vous nous dire comment était votre réaction au moment de l'annonce du diagnostic de votre enfant ?
- 7)- comment avez-vous accepté une telle annonce ?
- 8)- est-ce-qu'il souffre de trouble de langage ? Si oui
Avez-vous contacté un orthophoniste pour demander de l'aide ?
- 9)- Avez-vous d'autres enfants qui sont atteints du même trouble ?
- 10)- pouvez-vous-nous décrira la relation entre vous et votre enfant ?
- 11)- actuellement votre enfant est-il scolarisé ? Si oui dans quel type d'établissement ?
- 12)- quel type de prise en charge votre enfant suit-il régulièrement ?


Annexes

2ème axe : renseignements sur le trouble de comportement «L'auto-agressivité »:

- 1)- votre enfant est-il agressif ?
- 2)- est-ce-que cette agressivité est de type hétéro agressif ou auto agressif ou bien les deux ?
- 3)- quand est-ce-que votre enfant manifeste se genre de comportements ?
- 4)- qu'elles sont les types d'auto-agressivité qu'il manifeste ?
- 5)- est-ce-que ces comportements manifestés sont sévère ou fréquent et dans qu'elle contexte ?
- 6)- votre enfant sent-il ces douleurs ?
- 7)- qu'elle est la durée de manifestation de l'auto-agressivité ?
- 8)- votre enfant a-t-il envisagé une auto-agression au cours de dernier mois ?
- 9)- votre enfant est-il passer d'une situation grave, causé d'un comportement auto-agressif ?
- 10)- quelles sont les activités qui précédaient les comportements d'auto-agressivités et celles qui suivaient ?
- 11)- comment vous arrivez à gérer la situation violente de votre enfant ? Donc comment vous arriver à le calmer ?
- 12)- quelles sont les interventions possible pour diminuer le trouble de comportement auto-agressif à votre avis ?

Annexes

3ème axe : l'échelle d'évaluation des conduites « auto-agressivités » et « hétéro agressivités » présentes et passées :



Echelle des Conduites AutoAgressives

Sylvie Tordjman,
Donald J. Cohen,
Geneviève Haag

Cahier de cotation

NOM DU SUJET :

DATE DE NAISSANCE :

DATE DE L'ÉVALUATION (JOUR, MOIS, ANNÉE) :

CLINICIENS ÉVALUATEURS :

LIEU DE L'ÉVALUATION (NOM DU LIEU, VILLE) :


Source(s) d'information utilisée(s) au cours de cette évaluation (cocher chaque source utilisée) :

Observation directe par les évaluateurs <input type="checkbox"/>	Dossier médical <input type="checkbox"/>	Entretien parental <input type="checkbox"/>
Examen médical <input type="checkbox"/>	Équipe soignante <input type="checkbox"/>	École <input type="checkbox"/>
Autres (préciser) :		

Concordance des différentes sources d'information (cocher chaque source utilisée) :

Excellente <input type="checkbox"/>	Bonne <input type="checkbox"/>	Relative <input type="checkbox"/>	Médiocre <input type="checkbox"/>
-------------------------------------	--------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------

© ECPA. La photocopie non autorisée est un délit.



Les Editions
du Centre
de Psychologie
Appliquée

© 2009, by NCS Pearson. © 2006, par les Editions
du Centre de Psychologie Appliquée - 25, rue de la
Plaine - 75030 PARIS CEDEX 20. FRANCE. Tous
droits réservés.

Système de cotation

Pattern de vie des épisodes (présent et passé)

- 1 Absent.
- 2 Episodes occasionnels (1-3 par an) survenant sur une brève période (moins d'un mois).
- 3 Episodes occasionnels (1-3 par an) survenant sur une période plus longue (plusieurs mois, plus de 2 mois).
- 4 Assez fréquents (4-11 par an) sur une brève période.
- 5 Assez fréquents (4-11 par an) sur une période plus longue.
- 6 Très fréquents (plus de 12 par an), mais encore intermittents (ne surviennent pas chaque mois).
- 7 Presque toujours présents (plus de 12 par an), et chaque mois de la période évaluée.

Fréquence (considérer pour la période évaluée, le mois où les symptômes ont été les plus sévères)

- 1 Non observé.
- 2 Une fois par semaine ou moins.
- 3 Deux à six fois par semaine.
- 4 Au moins sept fois par semaine, mais pas nécessairement tous les jours.
- 5 Presque une fois par jour, de façon régulière.
- 6 Plusieurs fois par jour, de façon régulière.
- 7 Presque en permanence, plusieurs fois par heure.

Sévérité (considérer pour la période évaluée, le mois où les symptômes ont été les plus sévères)

- 1 Pas de conduites autoagressives.
- 2 Sans lésion observée.
- 3 Lésions superficielles, traces même minimales (rougeurs, bleus) mais ne nécessitant pas de traitement spécifique (soin de la lésion, contention physique ou chimique du comportement).
- 4 Lésions profondes (effraction cutanée)-ou étendues nécessitant un soin (soin de plaie, de tuméfaction importante) mais pas de contention ou d'inhibition du sujet.
- 5 Lésions nécessitant une limitation des conduites par une contention physique du comportement.
- 6 Lésions nécessitant une inhibition des conduites par une contention chimique (médicamenteuse) du comportement.
- 7 Lésions sévères, inquiétantes et préoccupation majeure quant à la sécurité du sujet.

Durée des Symptômes (le score se base sur la première date d'apparition des symptômes relevant d'un même type de conduite) à utiliser pour le Tableaux I : Scores de conduites autoagressives présentes et passées.

- 1 Symptômes non observés.
- 2 Symptômes présents durant une semaine ou moins.
- 3 Symptômes présents durant plus d'une semaine mais moins d'un mois.
- 4 Symptômes présents depuis un à trois mois.
- 5 Symptômes présents depuis quatre à six mois.
- 6 Symptômes présents depuis sept à douze mois.
- 7 Symptômes présents depuis plus d'un an.

Annexes

ECHELLE DES CONDUITES AUTOAGRESSIVES PRÉSENTES ET PASSÉES

Tableau I : Scores de conduites autoagressives présentes et passées

Période(s) de vie (tranches d'âge en années)	Pattern de vie (conduites autoagressives présentes ou passées)	Prévalence	Sévérité	Score global pour chaque tranche d'âge (niveau de vi- sité fréquenc + Sévérité)	Score global recouvrant les différentes tranches d'âge (c'est-à-dire le comportement autoagressif le plus élevé observé durant les différentes périodes de vie)
0-3 (enfance)					
4-5 (âge préscolaire)					
6-10 (âge scolaire)					
11-13 (préadolescence)					
14-18 (adolescence)					
> 18 (adulte, et préciser alors l'âge concerné)	ans				

Commentaires :

Annexes

ECHELLE DES CONDUITES AUTOAGRESSIVES ACTUELLES

Tableau II - Sous-échelle de fréquence, sévérité et durée

Type(s) de conduites auto-agressives	Fréquence		Sévérité		Durée		Commentaires de l'observateur <small>(Préciser pour chaque type de conduite auto-agressive présente le ressenti et les réactions de l'observateur ou l'est confronté à la conduite auto-agressive de l'essentiels, les réactions peuvent être différentes en fonction de l'acte type de conduite auto-agressive)</small>
	F	S	D	F	S	D	
1. Autolésions par stéréotypies répétées (ex : par frottements répétés)							
2. Autoserrage, écrasement (ex : se serre avec des liens, se glisse dans des espaces trop étroits, se coince dans les portes)							
3. Insérer des objets dans le corps (ex : des aiguilles, du verre) ou les orifices corporels (y compris, s'enfoncer les doigts dans l'oeil)							
4. Se pincer							
5. S'arracher la peau, se gratter, se griffer, les croutes, les ongles, les cheveux ou certaines parties du corps (ex : se tirer les oreilles, organes génitaux)							
6. Déchirer ses vêtements							
7. Se brûler							
8. Se taper, se cogner la tête ou le corps contre les murs ou d'autres objets							
9. Se couper							
10. Se mordre							
11. Se donner des coups de poing dans la tête ou le corps							
12. Avaler des objets (ex : cailloux, terre)							
13. Situations répétées de mise en danger (ex : chutes, se mettre devant les voitures) ou conduites suicidales (Préciser)							
14. Autre(s) (Préciser)							

Annexes

ECHELLE DES CONDUITES AUTOAGRESSIVES ACTUELLES

Tableau III : Sous-échelle des parties du corps agressées et instruments d'autoagression

Partie(s) du corps autoagressée(s) (à entourer tous les items concernés)	Instrument(e) d'autoagression (à entourer tous les items concernés)	Objets utilisés pour s'autoagresser
Tête (précisez les parties concernées : visage, menton, bouche, cheveux etc.)	Mains	Bâtons
Yeux	Ongles	Autres objets en bois (préciser)
Mains et doigts (précisez s'il y a une localisation droite ou gauche préférentielle)	Pièds	Objets en verre (préciser)
Jambes	Coudes	Objets brûlants (préciser lesquels)
La moitié du corps (précisez droite ou gauche)	Parties du corps utilisée(s) pour se cogner (préciser)	Clois ou aiguilles
Abdomen	Tête (coups de tête)	Cordes ou fils de fer
Parties génitales	Dents	Couteau
Autre(s) (préciser)	Autre(s) (préciser)	Autre(s) (préciser)

Tableau IV : Sous-échelle de contexte

Circonstance(s) d'apparition (entourer toutes les circonstances dans lesquelles le comportement autoagressif apparaît)	Comportement(s) associé(s) (entourer tous les comportements concernés et préciser s'ils surviennent juste avant, pendant ou après la conduite autoagressive en ajoutant à côté (v), (p), (a), (v)p)	Lieu(x) (entourer les lieux concernés et préciser le lieu où sont observés les symptômes les plus sévères en ajoutant vsx à côté)
Séparation	Tantrum	Partout
Frustration	Anxiété	A l'hôpital
Conflit	Excitation	Dans les autres lieux de soin (préciser)
Colère	Stéréotypies	A l'école
Isolement	Conduites hétéroagressives	Dans la rue
Opposition	Retrait autistique	Dans les magasins
En présence d'autres personnes	Colère	Dans la voiture
Quand le sujet est seul	Langage verbal ou non verbal (préciser)	A la maison (préciser aussi si le comportement survient dans les maisons d'amis ou de parents)
Autre(s) (préciser)	Autre(s) (préciser)	Autre(s) (préciser)

Annexes

-Un exemple représentatif sur la cotation de l'échelle : l'évaluation du 1^{er} cas :



Echelle des Conduites AutoAggressives

Sylvie Tordjman,
Donald J. Cohen,
Geneviève Haag

Cahier de cotation

NOM DU SUJET : Eliane

DATE DE NAISSANCE : 13/01/2003

DATE DE L'ÉVALUATION (JOUR, MOIS, ANNÉE) : 16 03 2005

CLINIENS ÉVALUATEURS : M^{me} BENHOUSHA LAMIA BENVAITER CH

LIEU DE L'ÉVALUATION (NOM DU LIEU, VILLE) : Fraga ouzemann Béjaia

Source(s) d'information utilisées(s) au cours de cette évaluation (cocher chaque source utilisée) :

Observation directe par les évaluateurs <input checked="" type="checkbox"/>	Dossier médical <input type="checkbox"/>	Entretien parental <input checked="" type="checkbox"/>
Examen médical <input type="checkbox"/>	Équipe soignante <input checked="" type="checkbox"/>	École <input type="checkbox"/>
Autres (préciser) _____		

Concordance des différentes sources d'information (cocher chaque source utilisée) :

Excellent <input type="checkbox"/>	Bonne <input checked="" type="checkbox"/>	Relative <input type="checkbox"/>	Médiocre <input type="checkbox"/>
------------------------------------	---	-----------------------------------	-----------------------------------

— Système de cotation —

Pattern de vie des épisodes (présent et passé)

- 1 Absent.
- 2 Épisodes occasionnels (1-3 par an) survenant sur une brève période (moins d'un mois).
- 3 Épisodes occasionnels (1-3 par an) survenant sur une période plus longue (plusieurs mois, plus de 2 mois).
- 4 Assez fréquents (4-11 par an) sur une brève période.
- 5 Assez fréquents (4-11 par an) sur une période plus longue.
- 6 Très fréquents (plus de 12 par an), mais encore intermittents (ne surviennent pas chaque mois).
- 7 Presque toujours présents (plus de 12 par an), et chaque mois de la période évaluée.

Fréquence (considérer pour la période évaluée, le mois où les symptômes ont été les plus sévères)

- 1 Non observé.
- 2 Une fois par semaine ou moins.
- 3 Deux à six fois par semaine.
- 4 Au moins sept fois par semaine, mais pas nécessairement tous les jours.
- 5 Presque une fois par jour, de façon régulière.
- 6 Plusieurs fois par jour, de façon régulière.
- 7 Presque en permanence, plusieurs fois par heure.

Sévérité (considérer pour la période évaluée, le mois où les symptômes ont été les plus sévères)

- 1 Pas de conduites autoagressive.
- 2 Sans lésion observée.
- 3 Lésions superficielles, traces même minimales (rougeurs, bleus) mais ne nécessitant pas de traitement spécifique (soin de la lésion, contention physique ou chimique du comportement).
- 4 Lésions profondes (effraction cutanée) ou étendues nécessitant un soin (soin de plaie, de tuméfaction importante) mais pas de contention ou d'inhibition du sujet.
- 5 Lésions nécessitant une limitation des conduites par une contention physique du comportement.
- 6 Lésions nécessitant une inhibition des conduites par une contention chimique (médicamenteuse) du comportement.
- 7 Lésions sévères, inquiétantes et préoccupation majeure quant à la sécurité du sujet.

Durée des Symptômes (le score se base sur la première date d'apparition des symptômes relevant d'un même type de conduite) à utiliser pour les Tableaux 1 : Scores de conduites autoagressives présentes et passées.

- 1 Symptômes non observés.
- 2 Symptômes présents durant une semaine ou moins.
- 3 Symptômes présents durant plus d'une semaine mais moins d'un mois.
- 4 Symptômes présents depuis un à trois mois.
- 5 Symptômes présents depuis quatre à six mois.
- 6 Symptômes présents depuis sept à douze mois.
- 7 Symptômes présents depuis plus d'un an.

Annexes

ECHELLE DES CONDUITES AUTOAGRESSIVES PRÉSENTES ET PASSÉES

Tableau I : Scores de conduites autoagressives présentes et passées

Période(s) de vie / tranches d'âge (en années)	Pattern de vie / conduites autoagressives présentes ou passées	Fréquence	Severité	Score global / pour chaque tranche d'âge (cattm de vie x fréquence x severité)	Score global / recouvrant les différentes tranches d'âge (cattm sans pondération autoagressif jamais été observé durant les différentes périodes de vie)
0-3 (enfance)		3	3	9	
4-5 (âge préscolaire)		5	4	13	
6-10 (âge scolaire)					
11-13 (préadolescence)					
14-18 (adolescence)					
> 18 (adulte, et préciser alors l'âge concerné)	ans				

Commentaires :

On remarque à partir de cotations du tableau I, que l'agressivité chez l'enfant dans la première tranche d'âge (0-3 ans) (enfance), que l'autoagressivité est présente mais avec épisodes occasionnelles et ceux à six fois par semaine, avec des lésions superficielles par rapport à la deuxième tranche d'âge (4-5 ans) (âge préscolaire) ou l'enfant présente une agressivité assez fréquente sur une période plus longue, au moins sept fois par semaine, mais pas nécessairement tous les jours, et qui cause des lésions profondes ou étendues nécessitant un soin, mais pas de contention ou d'humiliation du sujet.

Annexes

ECHÉLLE DES CONDUITES AUTOAGRESSIVES ACTUELLES

Tableau II : Sous-échelle de fréquence, sévérité, et durée

Types de conduites autoagressives	Fréquence			Score global	Commentaires de l'observateur
	F	S	D		
1. Auto-lésions par stéréotypes répétés (ex : par frottements répétés)	2	3	3	8	Symptôme présent une fois par semaine environ, avec des lésions superficielles. Symptôme présent durant plus d'un mois.
2. Autoserrage, écrasement (ex : se serre avec des liens, se glisse dans des espaces trop étroits, se coinça dans les portes)	1	2	1	4	Comportement presque absent parce que l'enfant n'a pas tendance au changement de place, il reste dans les coins.
3. Insérer des objets dans le corps (ex : des aiguilles, du verre) ou les orifices corporels (y compris, s'enfoncer les doigts dans l'œil)	1	2	1	4	l'enfant avec curiosité fait la même chose mais ne prend pas les objets qui cause la présence du comportement peut être mieux sans les ongles.
4. Se pincer	5	4	5	15	l'enfant a tendance à se pincer surtout lorsqu'on lui demande de faire ses activités scolaires.
5. S'arracher la peau (se gratter, se griffer), les croûtes, les ongles, les cheveux ou certaines parties du corps (ex : se tirer les oreilles, organes génitaux)	7	7	7	21	Conduite autoagressive sévère presque en permanence plusieurs fois par semaine, avec des lésions sévères et préoccupation majeure quant à la sécurité de l'enfant.
6. Déchirer ses vêtements	1	1	1	3	Symptôme absent, non observé donc il n'y a pas de conduite autoagressive.
7. Se brûler	1	1	1	3	pas de conduite autoagressive par rapport à la peur du feu même celle de brûler ou d'être brûlé.
8. Se taper, se cogner la tête ou le corps contre les murs ou d'autres objets	7	7	7	21	auto-agression manifeste plusieurs fois par semaine avec lésions sévères et symptôme présent plus d'un an ou au-delà.
9. Se couper	1	1	1	3	pas de conduite autoagressive l'enfant n'aime pas toucher les objets.
10. Se mordre	6	4	5	15	agressivité présente plusieurs fois par jour de façon régulière avec lésions profondes et symptôme présent de 4 à 6 mois.
11. Se donner des coups de poing dans la tête ou le corps	5	4	4	13	presque une fois par jour d'une façon régulière avec lésion profonde et symptôme présent depuis un à trois mois.
12. Avaler des objets (ex : cailloux, terre)	1	1	1	3	pas de conduites autoagressives.
13. Situations répétées de mise en danger (ex : chutes, se mettre devant les voitures) ou conduites suicidales (Préciser)	6	5	5	15	plusieurs fois par jour de façon régulière, lésion nécessite une limitation des conduites par une contention physique du comportement; symptôme présent depuis un à six mois.
14. Autre(s) (Préciser)					quatre à six mois, à chaque fois que la maman fait une punition ou interdit le stéréotype.

Annexes

ECHELLE DES CONDUITES AUTOAGRESSIVES ACTUELLES

Tableau III : Sous-échelle des parties du corps agressées et instruments d'autoagression

Partie(s) du corps auto-agressé(s) (entourer tous les items concernés)	Instrument(s) d'autoagression (entourer tous les items concernés)	
	Parties du corps utilisée(s) pour s'autoagresser	Objets utilisés pour s'autoagresser
Tête (précisez les parties concernées (visage), menton, bouche, (cheveux etc.))	Mains	Bâtons
Yeux	Ongles	Autres objets en bois (préciser)
Mains et doigts (précisez s'il y a une localisation droite ou gauche préférentielle)	Pieds	Objets en verre (préciser)
Jambes	Coudes	Objets brûlants (préciser lesquels)
La moitié du corps (précisez droite ou gauche)	Parties du corps utilisée(s) pour se cogner (préciser)	Clous ou aiguilles
Abdomen	Tête (coups de tête)	Cordes ou fils de fer
Parties génitales	Dents	Croûtes
Autre(s) (préciser)	Autre(s) (préciser)	Autre(s) (préciser)

Tableau IV : Sous-échelle du contexte

Circonstance(s) d'apparition (entourer toutes les circonstances dans lesquelles le comportement autoagressif apparaît)	Comportement(s) « socié(s) » (entourer tous les comportements concernés et précisez l'is environnement juste avant, pendant ou après la conduite autoagressive en ajoutant à côté « av », « pdt », « ap »)	Lieu(x) (entourer les items concernés et précisez le lieu où sont observés les symptômes les plus sévères en ajoutant « av » à côté)
Séparation	Tantrum	Partout
Frustration	Anxiété	A l'hôpital
Conflit	Excitation	Dans les autres lieux de soin (préciser)
Colère	Stéréotypes	A l'école
Isolément	Conduites hétéroagressives	Dans la rue
Opposition	Retrait autistique	Dans les magasins
En présence d'autres personnes	Colère	Dans la voiture
Quand le sujet est seul	Langage verbal ou non verbal (préciser)	A la maison (préciser aussi si le comportement survient dans les maisons d'amis ou de parents)
Autre(s) (préciser)	Autre(s) (préciser)	Autre(s) (préciser)