

UNIVERSITE ABDERRAHMANE MIRA DE BEJAIA



*Faculté Des Sciences Humaines et Sociales
Département de Psychologie et d'Orthophonie*

**Mémoire de fin de cycle
En vue de l'obtention du diplôme de master
En Psychologie clinique**

THEME

**Le comportement adaptatif chez les
enfants autistes**

**Etude clinique de quatre (04) cas réalisée au sein de
l'association « Espérance tous contre l'autisme »
Akbou, Bejaia.**

Réalisé par :

M^{elle} BOUDIBA Laldja

M^{elle} AZZI Nasrine

Encadré par :

M^{me} ABDI Samira

Année universitaire 2022/2023

Remerciement

Nous tenons tout d'abord à remercier Dieu de nous avoir accordé la santé et la volonté pour élaborer cette recherche.

On souhaite à remercier notre promotrice Mme « **ABDI Samira** » d'avoir accepté de nous encadrer, nous la remercierons ainsi pour son soutien durant tout le processus d'écriture de ce mémoire. Son expertise et sa patience pour la recherche nous ont permis de construire un travail de qualité.

Nous voulons remercier notamment les membres de jurys de nous faire l'honneur d'évaluer ce travail et d'y apporter leur avis éclairé.

Nos remerciements s'adressent également à l'ensemble de l'association « Espérance » pour son aide, sa confiance et son autorité bienveillante.

Nous tenons à remercier les parents des enfants autistes qui se sont rendus disponibles avec leurs aides et participent à notre travail et pour leur confiance.

Enfin nous remercions tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce modeste

Dédicace

Avec un grand plaisir que je dédie ce modeste travail de fin de cycle

À mes parents et mon frère. Ce travail n'aurait jamais achevé sans votre soutien inlassable et votre amour constant. Vos encouragements, vos sourires, vos mains tendues et vos mots bienveillants ont été les sources d'inspiration qui m'ont permis de trouver la force et la motivation nécessaires pour atteindre ce but. C'est pourquoi je tenais à vous remercier sincèrement pour tout ce que vous avez fait pour moi. Votre présence à mes côtés a été un cadeau inestimable.

À ma chère binôme (**LALDJA**) et mes meilleurs amis (Lyna, Katia, Kenza, Sonia, Sofi, Sassa) qui m'ont apporté leur encouragement tout au long de cette période. Votre présence à mes côtés a été indispensable pour traverser les moments difficiles et pour célébrer les réussites.

Et enfin à toute ma famille et à toute personne qui m'a aidé dans ce travail. Merci du fond du cœur pour votre soutien.

NASRINE

Dédicace

Je dédie cet humble et modeste travail avec grand amour, sincérité et fierté :

A mes chers parents,

Mais aucune dédicace ne serait témoin de mon profond amour, mon immense gratitude et mon plus grand respect, car je ne pourrais jamais oublier la tendresse et l'amour dévoué par lesquels ils m'ont toujours entouré depuis mon enfance, et pour leur soutien tout au long de mon parcours universitaire, ce que travail soit l'accomplissement de vos vœux tant allégués, et le fruit de votre infaillible, merci d'être toujours là pour moi.

Je dédie aussi ce modeste travail :

A mes chers frères, Adem, Rahim et Zidane pour leur appui et leur encouragement.

A ma chère binôme **NASRINE**, A mes chères amies, Lyna, Sonia, Sassa, Sofi, Manel, Kahina, et à tous ceux que j'aime et à toutes les personnes qui m'ont prodigué des encouragements et se sont données la peine de me soutenir durant cette année.

LALDJA

Liste des Abréviations

Abréviation	Signification
TED	Troubles envahissantes du développement
DSM	Manuel de diagnostic et statistiques des troubles mentaux
CIM	Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes.
TCC	Thérapie cognitivo-comportementale
TEACCH	Treatment and Education of Autistic and related communication Handicapped Children.
ABA	Applied Behavioral Analyse
TSA	Trouble de spectre autistique
DI	Déficient Intellectuels.
EQCA	Echelle Québécoise du Comportement Adaptatif.
AAMR	Association Américaine pour le Retard Mental
OMS	Organisation Mondiale de la Santé

Liste des tableaux

Tableau n° 01 : Le niveau des comportements adaptatif	45
Tableau n° 02 : Le niveau des comportements inadéquats	45
Tableau n° 03 : Le niveau des comportements adéquats	46
Tableau n° 04 : Les sphères et dimensions de la deuxième partie de l'échelle de comportements inadéquats	47
Tableau n° 05 : Les caractéristiques de la population d'étude	50
Tableau n° 06 : Les résultats de la sphère de l'autonomie appliquée sur les cas d'Amine	55
Tableau n° 07 : Les résultats de La sphère des Hâbiletés domestique appliquée sur le cas d'Amine	55
Tableau n° 08 : Les résultats de La sphère de la santé sensori- moteur appliquée sur le cas d'Amine	56
Tableau n° 09 : Les résultats de La sphère de la communication appliquée sur le cas d'Amine	56
Tableau n° 10 : Les résultats de La sphère des Hâbiletés scolaire et pré scolaire appliquée sur le cas d'Amine	57
Tableau n° 11 : Les résultats de La sphère de socialisation appliquée sur le cas d'Amine	58
Tableau n° 12 : Les résultats de La sphère des Hâbiletés de travail appliquée sur le cas d'Amine	58
Tableau n° 13 : Les résultats de La sphère des comportements inadéquats appliquée sur les de Amine	59
Tableau n° 14 : Les résultats de la sphère de l'autonomie appliquée sur le cas de Fateh	64
Tableau n° 15 : Les résultats de la sphère des Hâbiletés domestique appliquée sur le cas de Fateh	65
Tableau n° 16 : Les résultats de la sphère de la santé sensori-motrice appliquée sur le cas de Fateh	65
Tableau n° 17 : Les résultats de la sphère de communication appliquée sur le cas de Fateh	66

Tableau n° 18 : Les résultats de la sphère de scolaire et pré scolaire appliquée sur le cas de Fateh	66
Tableau n° 19 : Les résultats de la sphère de socialisation appliquée sur le cas de Fateh	67
Tableau n° 20 : Les résultats de la sphère des Habiletés de travail appliquée sur le cas de Fateh	68
Tableau n° 21 : Les résultats de la sphère des comportements inadéquats appliquée sur le cas de Fateh	68
Tableau n° 22 : Les résultats de la sphère de l'autonomie appliquée sur le cas Khoukha	73
Tableau n° 23 : Les résultats de la sphère des habilités domestiques appliquée sur le cas de Khoukha	74
Tableau n° 24 : Les résultats de la sphère de la santé sensori-motrice appliquée sur le cas de Khoukha	74
Tableau n° 25 : Les résultats de la sphère de communication appliquée sur le cas de Khoukha	75
Tableau n° 26 : Les résultats de la sphère de pré scolaire et scolaire appliquée sur le cas de Khoukha	75
Tableau n° 27 : Les résultats de la sphère de la santé de socialisation appliquée sur le cas de Khoukha	76
Tableau n° 28 : Les résultats de la sphère des Habiletés de travail appliquée sur le cas de Khoukha	76
Tableau n° 29 : Les résultats de la sphère des comportements inadéquats appliquée sur le cas de Khoukha	77
Tableau n° 30 : Les résultats de la sphère de l'autonomie appliquée sur le de Anis.	80
Tableau n° 31 : Les résultats de la sphère des habiletés domestique appliquée sur le cas d'Anis.	81
Tableau n° 32 : Les résultats de la sphère de la santé sensori-motrice appliquée sur le cas d'Anis.	81
Tableau n° 33 : Les résultats de la sphère de communication appliquée sur le cas d'Anis	82
Tableau n° 34 : Les résultats de la sphère de préscolaire et scolaire appliquée sur le cas d'Anis.	82

Tableau n° 35 : Les résultats de la sphère de la socialisation appliquée sur le cas d'Anis.	83
Tableau n° 36 : Les résultats de la sphère des habiletés de travail appliquée sur le cas d'Anis.	83
Tableau n° 37 : Les résultats de la sphère des comportements inadéquats appliquée sur le cas d'Anis.	84
Tableau n° 38 : Le niveau des comportements adaptatifs et inadéquats des quatre cas.	85

Sommaire

Sommaire

Remerciement

Dédicace

Liste des Abréviations

Liste des tableaux

Introduction..... 1

Le cadre général la Problématique

1- Le cadre général la Problématique..... 3

2-Hypothèse générale..... 5

3- Les objectifs de la recherche 6

4-Les concepts opérationnels 6

La partie théorique

Chapitre I: L'Autisme

Préambule 8

1-L'autisme à travers l'histoire 8

2-Les troubles envahissants du développement (TED)..... 9

3-Définition de l'autisme 10

4-Les types de l'autisme selon la CIM-10..... 11

5-Description clinique 13

6- Diagnostic différentiel de l'autisme : (selon DSM-5) 14

7-Les facteurs de risques d'autisme..... 16

8-La prise en charge de l'autisme 18

Synthèse 21

Chapitre II:Le comportement adaptatif

Préambule 22

1-Définition de comportement adaptatif..... 22

2- Aperçu historique 23

3-Les critères diagnostiques des troubles de l'adaptation chez l'enfant..... 24

4- Les Difficultés d'adaptation chez l'enfant autiste 25

5-Les conditions d'adaptation 26

6-Mesure du comportement adaptatif	28
Synthèse	28

Chapitre III:Le développement de L'enfant

Préambule	29
1-Définition de l'enfant	29
2-Le développement de l'enfant	30
3- La scolarité de l'enfant	40
Synthèse	40

Partiepratique

Chapitre IV: La méthodologie de la recherche

Préambule	41
1- La méthode de recherche.....	41
2- Les outils d'investigations	42
3- Présentation de lieu de recherche	47
4- Le déroulement de la recherche	48
5- La population de la recherche.....	49
Synthèse	50

Chapitre V:Interprétation, Analyse et discussion des hypothèses

Préambule	51
1-La présentation des cas	51
2-La discussion des hypothèses	85
Synthese	88
Conclusion	88

Liste bibliographique

Annexes

Résumer

Introduction

Introduction

Le développement de l'enfant est un processus continu qui commence dès la conception et se poursuit tout au long de sa vie. Ce processus comprend des changements physiques, sociaux, affectifs et cognitifs qui sont influencés par des facteurs tels que la génétique, l'environnement et les interactions sociales. Certains enfants trouvent des empêchements pour se développer que ce soit dans le développement physique ou mental, ils deviennent incapables de s'adapter à l'environnement. Et parmi les déficiences qu'on peut trouver le retard mental, la dépression, l'hyperactivité ainsi que le trouble autistique.

L'autisme est un trouble de développement qui affecte la façon dont les individus interagissent avec les autres, communiquent et perçoivent le monde qui les entoure. Il est caractérisé par des difficultés dans les interactions sociales, les comportements répétitifs et la communication verbale et non verbale ils peuvent aussi avoir les difficultés à effectuer des tâches de la vie quotidienne...etc. tous ces obstacles ça peut-être regrouper dans ce qu'on appelle le comportement adaptatif qui se définit comme des comportements qui aident une personne à s'adapter à son environnement et à faire face aux défis qui se présentent à elle. Ces comportements peuvent inclure des compétences de résolution des problèmes, des capacités d'apprentissage, des compétences en matière d'organisation et de planification, ainsi que des compétences de la régulation émotionnelle.

Les enfants autistes peuvent avoir des comportements atypiques qui peuvent être difficiles à comprendre pour les personnes qui ne sont pas familières avec le trouble. Néanmoins, les comportements autistiques sont souvent des comportements adaptatifs qui permettent aux enfants de faire face aux défis de la vie quotidienne.

Notre travail est reparti en deux parties fondamentales, dans la première est la partie théorique et la deuxième est la partie pratique. D'abord, nous avons commencé notre travail avec une introduction puis dans la théorie on a présenté quatre chapitres. Le premier chapitre expose notre problématique qu'elle contient des hypothèses, les objectifs de recherche ainsi que les concepts opérationnels.

De plus, pour le deuxième chapitre est centré sur l'autisme et son histoire, ses différentes définitions, ses types, sa description clinique, son diagnostic, ses facteurs de risque et sa prise en charge.

Ainsi, pour Le troisième chapitre il est consacré à expliquer les comportements adaptatifs et son histoire, ses symptômes, ses critères diagnostique, conditions d'adaptation, l'évaluation et sa mesure.

Puis, pour le quatrième chapitre c'est sur l'enfant et sa définition, son développement (physique, cognitif, affectif, social) et la scolarité de l'enfant.

Ensuite, nous avons abordé la partie pratique qui est composé de deux chapitres, le premier c'est la méthodologie de recherche dans laquelle nous avons présenté notre pré-enquête, le lieu de recherche ou nous avons effectué notre stage pratique « Association Espérance pour l'autisme », la méthode de recherche, les outils d'investigation (l'entretien semi-directif, l'échelle Québécoise des comportements adaptatif) et nous avons décrit notre population d'étude. Le second chapitre parle sur l'interprétation, l'analyse et la discussion des hypothèses.

Enfin, nous avons terminé notre travail par une conclusion, une liste bibliographique et deux annexes.

Le cadre général de la Problématique

1- Le cadre général de la Problématique

L'enfance représente une étape très importante dans le développement physique, émotionnel, social et cognitif de l'enfant. L'apprentissage et l'expérience durant cette période ont un impact sur le développement du cerveau ainsi que cette période se peut être souvent à certain enfants une confrontation à des difficultés de communication, d'interaction social et de comportement qui peut être un empêchement du développement de l'enfant qui se manifeste à des plusieurs pathologies particulière dont en trouve l'autisme.

Or, L'autisme c'est un trouble du développement d'origine neurologique. il se manifeste principalement par une altération des interactions sociales et de la communication et par des intérêts restreints et répétitifs et pour cela il existe plusieurs définitions qui traitent l'autisme dans plusieurs types d'ouvrages et dictionnaires, nous allons relever quelques-uns pour bien cerner ce trouble.

Selon le dictionnaire de la psychologie l'autisme se définit à la fois un repli sur soi et une évasion de la réalité. Bleuler notait que l'autisme se rapprochait de l'autoérotisme décrit par Freud, il apparaît sous un double aspect, à la fois négative ou pseudo-déficitaire, et positif, imaginaire et délirant. Le premier évoque en effet le désinvestissement progressif de la réalité extérieure avec perte du contact affectif se traduisant par l'indifférence, le désintérêt et l'apragmatisme. Le deuxième correspond au contraire à l'exagération de l'imagination accompagnant une pensée déréelle, une hypermnésie « autistique » et une production délirante, soit orniride proche de l'activité imaginaire (**sillamy, N.2003.p 123**).

Le taux de prévalence de l'autisme ou le trouble de spectre autistique dans tous les pays du monde, elle est estimée à environ 1% mais de récents rapports ont montré qu'elle atteignant 2,6%. En Algérie, l'organisation mondiale de la santé estime la prévalence de l'autisme à 1% de la population mondiale. Rapportée à l'Algérie qui compte 45,02 millions d'habitants au 1^{er} juillet 2021 (source : direction de la population du ministère de la santé) et un million de naissances par an, il y aurait plus de 450 000 personnes avec autisme dans le pays(**Autisme.santé.gov.dz**).

Les enfants autistes peuvent avoir des difficultés dans le développement et parmi ces difficultés c'est à comprendre et à utiliser la communication verbale et non verbale, socialisation aussi les enfants autistes peuvent avoir des difficultés à effectuer des taches de la

vie quotidienne ... etc., tous ses obstacles ça peut être regroupé dans ce qu'on appelle « le comportement adaptatif ».

Le comportement adaptatif concerne les catégories de comportement suivantes : capacités sensori-motrices, communication, socialisation, activités et savoir-faire journaliers, jugement et raisonnement concret, activités de groupe et relations interpersonnelles, on évalue le déficit éventuel dans ces secteurs sur la base du retard en nombre d'années un profil déficit adaptatif et alors établi qui emprunte les mêmes catégories (léger , modéré , sévère, profond) que l'évaluation psychométrique du retard mental (**jean A, Ronald, p08**) .

Cette nouvelle conceptualisation du comportement adaptatif proposée par l'AAIDD définit le comportement adaptatif comme étant « l'ensemble des habiletés conceptuelles, sociales et pratiques apprises par la personne qui lui permet de fonctionner au quotidien ». Il s'agit des activités que la personne doit habituellement accomplir pour être suffisamment autonome et pour remplir les fonctions prévues par son rôle social, selon son âge et son milieu socioculturel (**Greenspan (2006)**).

Premièrement, Le comportement adaptatif chez les enfants autistes se réfère à leur capacité à s'adapter à leur environnement et à remplir des tâches quotidiennes nécessaires à leur développement et à leur autonomie et les domaines clés de comportement adaptatif sont les compétences de communication, sociales, de la vie quotidienne et cognitives.

Deuxièmement, les enfants autistes peuvent avoir des difficultés spécifiques dans ces domaines, qui peuvent inhiber la capacité à interagir avec les autres et à accomplir des tâches indépendantes. Dans ce fait, ils peuvent également présenter des comportements répétitifs ou restreints qui peuvent interférer avec leur capacité d'adaptation.

Cependant, il est important de noter que chaque enfant autiste est unique et présente des défis différents dans le comportement adaptatif. Les personnes autistes peuvent avoir des compétences uniques et fortes qui ne sont pas généralement mises en avant.

De plus, la thérapie comportementale et la thérapie d'intégration sensorielle peuvent être utilisées pour aider les enfants autistes à améliorer leur comportement adaptatif en mettant l'accent sur les domaines de communication, de la socialisation, de la motricité fine, des compétences académiques et de la régulation émotionnelle.

En effet, le traitement précoce est essentiel pour améliorer le comportement adaptatif chez les enfants autistes et maximiser leurs chances de réussite à l'école et dans la vie quotidienne.

D'après le stage qu'on a effectué au sein de l'association Espérance tous contre l'autisme au niveau d'Akbou dans la wilaya de Bejaia. La prise en charge des enfants autistes, elle est faite d'une manière personnalisée au sein de cette association.

Dans ce cadre, les programmes éducatifs pour les enfants autistes sont conçus pour encourager la communication, la socialisation, les compétences académique de la vie quotidienne, en travaillant en étroite collaboration, les enseignants, les psychologues et le personnel sont en mesure de fournir un soutien optimal pour aider chaque enfant.

En somme, une prise en charge bien adaptée et structurée permettra aux enfants atteints d'autisme d'acquérir des compétences adaptatives qui l'aident dans leur quotidien, ces interventions et pluridisciplinaires peuvent s'avérer des grandes ressources pour l'amélioration de leur vie.

Faisant suite à ce que nous venons de citer, nous proposons de répondre à la question ci-après :

Est-ce que la prise en charge qui s'effectue au sein de l'association des enfants autistes, ont un impact positif dans l'acquisition des comportements adaptatifs ?

A partir de la question précédente, nous allons présenter dans ce qui suit notre hypothèse générale et puis les hypothèses partielles.

2-Hypothèse générale

La prise en charge réalisée au sein de l'association joue un rôle important dans le développement des comportements adaptatifs chez les enfants autistes.

La première Hypothèse partielle :

La prise en charge au sein de l'association aide à améliorer les compétences d'autonomies et communicationnelles des enfants autistes.

La deuxième hypothèse partielle :

La prise en charge dans l'association aide les enfants autistes à transformer leurs comportements inadéquats à des comportements appropriés.

3- Les objectifs de la recherche

Les objectifs de cette recherche peuvent comprendre :

1. Le premier objectif c'est d'arriver à répondre à la question de départ.
2. Le deuxième objectif c'est enrichir nos connaissances déjà acquise.
3. Comprendre les différents niveaux de comportement adaptatif chez les enfants autistes, en fonction de leur âge, de leur environnement.
4. Évaluer l'efficacité des interventions thérapeutiques et des programmes éducatifs visant à améliorer le comportement adaptatif des enfants autistes.
5. Développer des mesures de la qualité de vie des enfants autistes et de leur famille, qui prennent en compte leur niveau de fonctionnement adaptatif et leur bien-être global.
6. Examiner les relations entre le comportement adaptatif et les troubles du spectre autistique.

4-Les concepts opérationnels

4-1 Adaptation

- Modification du comportement de l'individu qui maintient sa vie en relative harmonie avec les nouvelles données du milieu ou un nouveau milieu.
- Ensemble des ajustements réalisés par un organisme pour survivre et perpétuer son espèce dans un environnement.

4-2 Comportements adaptatifs

- Peuvent être regroupés en plusieurs domaines tels que les compétences sociales, la résolution de problèmes, l'autonomie, la motricité...etc.

- Ensemble des réactions adoptées par une personne, dans son environnement et face à des situations données.
- Englobe l'ensemble des habiletés conceptuelles, sociales et pratiques permettant à un individu d'accomplir les activités de la vie quotidienne.
- Se réfère à la capacité d'une personne à s'adapter à son environnement et à produire des comportements fonctionnels.
- Les résultats obtenus après la passation de l'échelle québécoise de comportements adaptatifs.

4-3 Comportements inadéquats

- Des comportements qui comprennent des actions agressives ou violentes, des comportements impulsifs ou téméraires, des comportements antisociaux ou délinquants.
- Peuvent varier en fonction du contexte social, culturel, situationnel ou relationnel dans lequel se produisent.
- Peuvent être identifiés et confrontés soit en direct par une personne impliquée ou par un observateur au moyen d'un feedback.

4-4 Enfant

- Être humain âgé de la naissance à l'adolescence, généralement définie comme l'âge de 8 ans.
- Il est en phase de développement physique, social, émotionnel et intellectuel.
- Les enfants ont généralement des besoins spécifiques en matière d'éducation, de soins médicaux et de protection.

4-5 L'autisme

- Un trouble neurodéveloppemental qui affecte la communication et les interactions sociales, ainsi que le comportement et les intérêts.

- Les personnes atteintes d'autisme peuvent avoir des difficultés à comprendre les signaux sociaux, à communiquer verbalement et non verbalement.

La partie théorique

Chapitre I

L'Autisme

Préambule

L'autisme est un trouble neurodéveloppemental qui est présent dès la petite enfance et est diagnostiqué en général avant l'âge de trois ans. Il affecte la capacité de communication et d'interaction sociale, les intérêts et les activités chez les personnes qui en sont atteintes et qui s'accompagne plus souvent d'un retard global des acquisitions (motricité, parole, propreté, apprentissage).

1-L'autisme à travers l'histoire

Le terme « autisme » dérive du grec « autos » qui signifie « soi-même », ce terme est préalablement introduit en psychiatrie adulte par le suisse Bleuler en 1911, pour décrire un des symptômes majeurs de la schizophrénie consistant en la perte de contact avec la réalité, les relations avec l'environnement, et conduisent les personnes schizophrènes à s'exclure de toute vie par un mécanisme de repli sur soi (Tardif.C et Gepner,B, 2003, p09).

Léo Kanner psychiatre américain a décrit l'autisme pour la première fois en 1943 dans son article original « les troubles autistiques du contact affectif » qui a cité le cas de 11 enfants rencontrés depuis 1938, et les caractéristiques relevées étaient : l'incapacité de l'enfant à développer les relations, avoir le plus grand intérêt pour les objets que pour les personnes, retard dans l'acquisition du langage. Plus tard Kanner a réduit ces signes à deux éléments principaux :

- L'isolement extrême « I loness »
- La recherche d'immuabilité « Sameness »

En 1944, H. Asperger, psychiatre autrichien publiera quatre cas de « psychopathes autistiques pendant l'enfance », qui décrit chez ses jeunes patients une pauvreté des relations sociales, des anomalies de la communication et le développement d'intérêts particuliers. Asperger note que ces enfants, étaient aussi capables d'atteindre un certain niveau de réussite et d'être intégrés socialement. Mais les enfants qu'il décrit moins sévère de l'autisme que ceux décrits par Kanner (Rogé.B. 2003, p8 - 10)

Dans les années 70, le concept d'autisme est alors revisité et s'engage de nouveaux travaux portant sur l'étude fine et systématique des comportements observés et la recherche de leurs causes éventuelles, à travers des modèles référés à la fois à la biologie et la

psychologie. L'autisme en tant qu'objet d'étude nous confronte à de réelles questions ontologiques et ontogénétiques liées à un développement cérébral et mental atypique.

2-Les troubles envahissants du développement (TED)

Selon le DSM-IV :

Se caractérisent par plusieurs déficits sévères, les déficits de réciprocités sociale ou émotionnelle, l'incapacité à la conversation normale, des difficultés à partager des intérêts, aussi des déficits des comportements de communication non verbaux utilisés au cours des interactions sociales, des déficits du développement, du maintien et de la compréhension des relations.

La sévérité repose sur l'importance des déficits de la communication sociale et des modes comportementaux restreints et répétitifs, se caractère restreints et répétitif des comportements, des intérêts ou des activités, comme en témoignent au moins deux des éléments suivants soit au cours de la période actuelle soit dans les antécédents. Pour le caractère stéréotypé ou répétitif des mouvements, de l'utilisation des objets ou du langage, l'intolérance au changement, intérêts extrêmement restreints et fixes, hyper active aux stimulations sensorielles ou intérêt inhabituel pour les aspects sensoriels de l'environnement.

Ces troubles ne sont pas mieux expliquées par un handicap intellectuel ou un retard global du développement. La déficience intellectuelle et le trouble du spectre de l'autisme sont fréquemment associés, pour permettre un diagnostic de comorbidité entre un trouble autistique et un handicap intellectuelle, l'altération de communication sociale doit être supérieure à ce qui serait attendu pour le niveau de développement général.

Selon le CIM-10 :

Dans la CIM-10, les TED sont classés dans les troubles du développement psychologique. Les TED sont un groupe de troubles caractérisés par des altérations qualitatives des interactions sociales réciproque et des modalités de communication, ainsi que par un répertoire d'intérêts et d'activités restreints, stéréotypé et répétitif. Ces anomalies qualitatives constituent une caractéristique envahissante du fonctionnement du sujet, en toute situation.

Huit catégories de TED sont identifiées dans la CIM-10 :

- 1- Autisme infantile
- 2- Autisme atypique
- 3- Syndrome de Rett
- 4- Autre trouble désintégratif de l'enfance
- 5- Hyperactivité associés à un retard mental et à des mouvements stéréotypés
- 6- Syndrome d'Asperger
- 7- Autres troubles envahissants du développement
- 8- Trouble envahissant du développement, sans précision.

3-Définition de l'autisme

L'autisme c'est un trouble du développement d'origine neurologique. L'autisme se manifeste principalement par une altération des interactions sociales et de la communication et par des intérêts restreints et répétitifs et pour cela il existe plusieurs définitions qui traitent l'autisme dans plusieurs types d'ouvrages et dictionnaires, nous allons relever quelques-uns pour bien cerner ce trouble.

Selon le dictionnaire de la psychologie c'est à la fois un repli sur soi et une évvasion de la réalité. Bleuler notait que l'autisme se rapprochait de l'autoérotisme décrit par Freud, il apparaît sous un double aspect, à la fois négative ou pseudo-déficitaire, et positif, imaginaire et délirant. Le premier évoque en effet le désinvestissement progressif de la réalité extérieure avec perte du contact affectif se traduisant par l'indifférence, le désintérêt et l'apragmatisme. Le deuxième correspond au contraire à l'exagération de l'imagination accompagnant une pensée déréelle, une hypermnésie « autistique » et une production délirante, soit orniride proche de l'activité imaginaire (sillamy N.2003.p)

Selon la CIM-10 et DSM-IV, ces troubles se caractérisent par des déficits persistants de la communication et des interactions sociales observées dans des contextes variés comme des activités et des intérêts restreints répétitifs. 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 une altération de l'organisation progressive de la personnalité avec une capacité d'adaptation à la réalité variable en fonction du niveau d'exigence social et du niveau d'anxiété de l'enfant.

4-Les types de l'autisme selon la CIM-10

4-1 Autisme infantile

C'est un trouble envahissant du développement qui se caractérise avant l'âge de 3 ans et une perturbation caractéristique du fonctionnement dans chacun des trois domaines suivants :

- Altérations qualitatives des interactions sociales réciproques :

Absence d'utilisation du contact oculaire, incapacité à développer les relations avec des pairs, manque de réciprocité socio-émotionnelle, difficulté de partager spontanément le plaisir.

- Altération qualitative de la communication :

Retard ou absence totale de développement du langage oral, incapacité relative à engager une conversation comportant un échange réciproque avec les autres, usage stéréotypé et répétitif du langage, absence du jeu d'imitation sociale.

- Caractère restreint, répétitif et stéréotypé :

Présence d'un ou de plusieurs intérêts qui sont anormaux par leurs intensités ou leurs caractères limités, adhésion apparemment compulsive à des habitudes ou à des rituels spécifiques, préoccupation par certaines parties d'un objet.

4-2 Autisme atypique

Trouble envahissant du développement qui se manifeste après l'âge de 3 ans, l'autisme atypique diffère de l'autisme infantile par l'âge de survenu ou parce qu'il ne répond 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 manifestant après l'âge de 3 ans et ne présentant pas de manifestations pathologiques suffisantes dans un ou deux groupes de trois domaines psychopathologiques nécessaires pour le diagnostic d'autisme (interaction sociales, réciproques, communication, comportement restreint, stéréotypé et

répétitif). Il existe toute fois 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 réceptif.

4-3 Syndrome de Rett

C'est un trouble qui touche uniquement les enfants du sexe féminin, il se manifeste après un développement normal et se caractérise par une perte partielle ou totale du langage, de la marche et de l'usage des mains, il est associé à un ralentissement du développement crânien, il survient habituellement entre l'âge de 7 et 24 mois, il touche aussi le développement social et le développement du jeu. Par contre l'intérêt social reste généralement conservé, il entraîne souvent un retard mental sévère.

4-4 Autre trouble désintégratif de l'enfance

C'est un trouble qui se caractérise par un développement normal jusqu'à l'âge d'au moins 2 ans, la présence des acquisitions normale en rapport avec l'âge dans le domaine de la communication, des relations sociales. Il se manifeste par la perte des performances acquises ultérieurement dans plusieurs domaines de développement accompagnée d'une perte global d'intérêts pour les objets et pour l'environnement, altérations qualitatives des interactions sociales réciproques et de communication et un caractère restreint répétitif et stéréotypé.

4-5 Hyperactivité associées à un retard mental et à des mouvements stéréotypés

C'est un trouble qui est motrice sévère, se manifestant dans les domaines de l'activité et de l'attention, par au moins plusieurs problèmes (agitation motrice, des difficultés marquées à rester assis, activités fortement exagérer, des caractères répétitifs stéréotypés et l'absence d'altération sociale de type autistique.

4-6 Syndrome d'Asperger

C'est un trouble de validité de nosologique incertaine, caractérisé par une altération qualitative des interactions sociales réciproques, semblable à celle observée dans l'autisme, associé 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 du développement cognitif. Les sujets présentant ce trouble sont très souvent malhabiles. Les anomalies persistent souvent à l'âge adulte. Le trouble s'accompagne parfois d'épisodes psychotiques au début de l'âge adulte.

5-Description clinique

L'autisme se caractérise par un ensemble de signes cliniques présents dans les trois domaines essentiels suivants : l'interaction sociale, la communication et les intérêt et comportements.

5-1 Les troubles de relation : (interaction sociale)

L'enfant autiste est incapable de développer des relations interpersonnelles, la déviance du regard : le contact oculaire est absent, paraissant même l'éviter, il ne regarde pas en face ou le regard périphérique et le regard n'est pas coordonné avec les autres signaux sociaux, les mimiques sociales sont appauvries ou exagérées par exemple : il rit sans que l'on comprenne pourquoi ou il ne sourit pas quand on lui parle. Il existe d'autre expression gestuelle appauvrie lorsqu'ils existent, sont rarement utilisés dans un but social de partage d'intérêt ou de demande d'aide.

Lorsque l'intérêt social se développe, les modes d'entrée en communication sont maladroits et l'enfant ne parvient pas à maintenir l'échange durablement. L'interaction sociale avec les adultes peut être meilleure dans la mesure où ceux-ci s'ajustent à l'enfant et facilitent donc la situation pour lui.

5-2 Les troubles de communication

Il existe un retard d'acquisition du langage. Certaines personnes autistes n'atteignent jamais le niveau de l'expression verbale, dans tous les cas, les enfants n'utilise pas spontanément d'autres modes de communication (gestes, mimiques) qui lui permettraient de compenser le problème de langage qui n'est pas bien compris, surtout lorsqu'il est plus abstrait.

5-2-1 Echolalie immédiate

L'inversion des pronoms : l'enfant répète ce que l'adulte dit par exemple l'utilisation de « tu » à la place de « je » et cela montre que la fonction d'outil de communication qu'a le langage n'est pas comprise.

5-2-2 Echolalies différées

L'utilisation des phrases ou des mots déjà attirer l'attention de l'enfant dans un autre contexte où ils n'ont plus de sens.

5-2-3 L'utilisation idiosyncrasique du langage

Même lorsque le langage est bien éduqué, la voix a fréquemment une intonation anormale et des anomalies du rythme et du volume quel que soit le niveau du langage l'enfant n'arrive pas à construire une phrase correcte et il est incapable d'entrer dans un échange à type de dialogue

Les conduites d'imitation à caractère social se mettent difficilement en place, les jeux symboliques de « faire semblant » sont absents. Lorsqu'ils sont appris à partir de répétitions avec un adulte ils gardent la répétition et un peu de la création.

5-3 Les troubles du comportement et les intérêts restreints

Le plus souvent, les objets qui retiennent l'attention de l'enfant sont utilisés dans des activités répétitives de façon détournée, il s'attache à des objets inhabituels les activités répétitives concernent aussi le corps. On peut observer des postures et des mouvements anormaux et complexes du corps (des mains ou des bras) qui peuvent se combiner surtout dans les formes sévères d'autisme. (Rogé.B, 2003, p24-25)

6- Diagnostic différentiel de l'autisme : (selon DSM-5)**6-1 Syndrome de Rett**

Une altération des interactions sociales peut être observée au cours de la phase de régression du syndrome de Rett (typiquement entre l'âge 1 an à 4 ans) ; de ce fait, une proposition significative des petites filles affectées peut avoir une présentation clinique compatible avec les critères de trouble du spectre de l'autisme. Cependant, après cette

période, une amélioration des compétences de communication sociale se manifeste chez la plupart des sujets ayant le syndrome de Rett et les traits autistiques n'ont plus de difficultés au premier plan. En conséquence, le trouble du spectre de l'autisme ne doit être retenu que si les critères diagnostic sont remplis dans leur ensemble.

6-2 Schizophrénie

La schizophrénie débutant dans l'enfance, se développe habituellement après une période de développement normale ou quasi normale, elle peut inclure une altération sociale et des croyances et des intérêts atypiques qui peuvent être confondus avec les déficiences sociales observées dans le trouble du spectre de l'autisme, des hallucinations et des idées délirantes qui caractérisent la schizophrénie, ne sont pas observées dans le trouble autistique.

6-3 le mutisme sélectif

Il se caractérise par un développement initial normal et par une communication adaptée dans certains contextes et environnements comme par exemple : la maison des parents.

6-4 le trouble du langage

Il se caractérise par l'absence d'altération qualitative des interactions sociales et la gamme des comportements et intérêts de la personne n'est pas restreints.

6-5 le trouble de la communication sociale

Ce trouble se caractérise par une altération de la communication et des interactions sociales sans le caractère restreint et répétitif des comportements et des intérêts qui est caractéristique du trouble du spectre autistique.

6-6 le handicap intellectuel

Ce trouble implique une altération globale du fonctionnement intellectuel ; il n'y a pas de décalage entre le niveau des habilités de communication sociale et celui des autres habilités intellectuels. Un diagnostic du spectre autistique chez une personne ayant un handicap intellectuel est approprié quand la communication et les interactions sociales sont significativement altérées par rapport au niveau du développement des capacités son verbales de la personne.

6-7 les mouvements stéréotypés

Les mouvements stéréotypés surviennent en l'absence d'une altération des interactions sociales et d'une altération du développement du langage. On ne porte généralement pas un diagnostic de mouvements stéréotypés si les stéréotypies font partie d'un trouble du spectre de l'autisme ; cependant, les deux diagnostics peuvent être appropriés quand les stéréotypés entraînent des automutilations et deviennent un objectif central de la prise en charge.

(DSM-5,2015).

7-Les facteurs de risques d'autisme

7-1 Les facteurs génétiques

Les premières études génétiques ont été suggérées par Kanner en 1954. Et depuis des études ont partiellement confirmé un déterminisme génétique, notamment grâce aux recherches sur les familles ont montré que le risque de récurrence de l'autisme chez les frères et sœurs pouvait être estimé à environ 3 à 5%. grâce aux études épidémiologiques anglo-saxonnes dans les années 70-80, sur des jumeaux monozygotes et dizygotes, ces études ont en effet montré que, pour les vrais jumeaux, lorsque l'un des enfants est atteint d'autisme l'autre à un risque d'au moins 70% d'être lui aussi atteint d'autisme par contre les faux jumeaux lorsque l'un est atteint d'autisme le risque pour l'autre tombe environ 4% cette grande différence entre les deux constitua alors un argument décisif pour invoquer une influence génétique dans l'autisme.

La composante génétique se retrouve également dans l'association possible de maladies génétiques et d'anomalie chromosomique avec l'autisme. Notamment le fait que l'autisme soit significativement associé à ces pathologies comme le syndrome d'X fragile qui s'exprime par un retard mental. Des syndromes neurocutanés (sclérose tubéreuse de Bourneville, neurofibromatose de Von Recklinghausen). D'autres études génétiques regroupant de grandes quantités de données sur des familles ayant deux enfants autistes sont actuellement entrain de favoriser la survenue d'un syndrome autistique (certains de ces gènes seraient localisés sur les chromosomes 7, 11, 15 et X). Ces gènes de susceptibilité auraient subi une mutation spontanée ou induite par des facteurs indéterminés.

7-2 Les facteurs environnementaux

Les facteurs de risque environnementaux sont examinés ici un énorme sens, il s'agit de passer en revue les événements de l'environnement prénatal du fœtus et de l'environnement postnatal du nourissant qui ont pu apporter à l'apparition d'un syndrome autistique chez un enfant. Parmi ces facteurs certains sont de nature organique (chimique ou infectieuse), d'autres sont de nature psychologique, et enfin d'autres peuvent être interprétés en termes organique ou psychologiques (Tardif.C et Gepner, B. 2003, p60-61).

7-3 Les facteurs anténatals

Certaines contaminations par des agents infectieux de la maman peuvent être la cause du trouble autistique, le virus de la rubéole ou le cytomégalovirus contractés pendant la grossesse, soit par effet toxique direct sur les neurones du fœtus soit par effet lésionnel indirect.

La survenue d'hémorragies utérines et de menace de fausses couches centrées sur le deuxième trimestre de la grossesse soient plus fréquentes chez les mères d'enfants autistes. Et quelque étude a montré que la dépression maternelle pendant la grossesse et après la naissance pouvait être un facteur de risque d'un syndrome autistique chez l'enfant.

7-4 Les facteurs prénatals

Selon certaines études, des états de souffrance du nouveau-né ayant exercé une mise en couveuse, apparaitre dans les antécédents prénatals d'un enfant autiste, une prématurité ou une post-maturité semblent plus fréquente dans les antécédents d'un enfant autiste que d'un enfant tout venant.

7-5 Les facteurs postnatals

Des infections postnatales par le virus de l'herpès, de la rougeole ou des oreillons peut imiter à impliquer dans certains cas d'autisme.

Il est possible aussi que certaines carences environnementales majeures sur les plans éducatif et affectif, comme celle dont sont victimes les enfants élevés en pouponnière en Roumanie. En effet, de telles carences représentées dans un pourcentage exécrément élevé de cas, un trouble du développement de l'enfant très rassemblant à l'autisme.

8-La prise en charge de l'autisme

8-1 Les prises en charge psychothérapeutiques

Les psychothérapies sont multiples ; elles peuvent être individuelles ou groupales et elles peuvent être utilisées assez diversement pour agir sur les troubles du comportement, sur l'éveil sensoriel, sur les perceptions corporelles, sur les capacités de jeux, sur les fonctions instrumentales... elles peuvent être médiatisées par des supports (jeux, peinture, musique...) pour permettre à l'enfant de communiquer à partir d'un intérêt particulier.

8-1-1 La psychothérapie individuelle

Notamment pour les personnes d'assez bon niveau et ayant des moyens de communication à disposition, pourra être un soutien utile pour évoquer et élaborer leurs peurs, leurs angoisses et la souffrance d'être différent, pour comprendre les situations sociales si déroutantes pour elles, et les aider à gérer le stress que cet ensemble de difficultés génère au quotidien. (Gepner et Tardif, 2003, p109)

8-1-2 Les thérapies familiales systémiques

Pourront-elles aussi être une modalité envisagée pour que la personne autiste soit vue et reçue avec ses proches dans un espace prévu pour parler des interactions familiales et du système dans lequel des échanges s'opèrent. Par l'analyse des communications et des rôles des uns et des autres au sein de la famille, elles peuvent être utiles pour la fratrie, dans ses liens et modes d'échanges avec leurs parents et leur frère ou sœur autiste.

8-1-3 Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC)

Dans leurs différentes formes s'intéressent généralement à modifier certains comportements inadaptés ou dangereux pour la personne ou pour autrui (automutilations, agressivité). Elles doivent utiliser des procédures positives pour aider la personne à avoir des conduites plus adéquates socialement. Les renforcements positifs sont utilisés pour aider la personne à progresser. Le but est de réapprendre à la personne un comportement approprié par des techniques très codifiées.

8-1-4 La thérapie d'échange et de développement

Cette thérapie elle est destinée aux enfants qui présentent de graves troubles du développement. Elle est un soin psycho éducatif individuel au cours duquel le partenaire de l'enfant tente de réunir les conditions optimales d'échange : sérénité, disponibilité, réciprocité pour pouvoir créer un climat favorable au développement d'interaction lors des activités ludiques. Le but essentiel est de favoriser les échanges au cours de séquences perceptives, motrices et sociales visant à rééduquer des fonctions neuropsychologiques atteintes, par exemple, en rééduquant dès le plus jeune âge l'attention, la perception et la régulation, l'enfant aura plus de chance de développer des capacités communicatives, imitatives, interactives. Comme dans tout projet individualisé conçu pour l'enfant autiste, la TED peut côtoyer d'autres modes de prises en charge, l'ensemble formant alors un programme d'interventions pensées et appliquées (Gepner et Tardif, 2003, p110).

8-2 Les prises en charge éducatives

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 sein habituel du terme, même si certains autistes peuvent le suivre en partie ou en totalité, mais le but est bien plus de leur donner des outils pour mener une vie aussi indépendante que possible, pouvoir s'occuper seul de façon constructive, et participer à la vie de leurs entourages avec des moyens de communications et d'intégration socialement adaptés.

Dans 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 leurs applications en fonction de prise en charge éducatives de l'autisme est basé sur l'approche TEACCH développée les années 65-70 (Schopler et al, 1988), axé sur l'éducation et la rééducation des personnes autistes à partir d'évaluation de leurs niveaux 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 leurs enfants, sur l'approche positive de l'enfant (ne pas le mettre en échec, partie de ses compétences, renforcer les

capacités en émergence, favoriser les réussites et les renforcements qui en résulte...) sur l'approche globale de l'enfant(Gepner et Tardif, 2003, p114).

8-2-1 Le programme de schopler (TEACCH)

Le programme TEACCH a été conçu par Schopler et Mesibov aux Etats-Unis, il s'agit d'un acronyme qui signifie le traitement et éducation des enfants autistes et souffrant de handicaps apparentés de la communication, Il aborde les principales difficultés rencontrées par l'enfant autiste dans sa vie quotidienne et son environnement. Dans ce programme, les parents jouent un grand rôle dans la prise en charge de leurs enfants. Le thérapeute est assisté d'un conseiller parental qui soutient les parents dans leurs difficultés personnelles et affectives. Le programme s'articule autour de grand principes destinés à faciliter au maximum la compréhension de l'enfant, indispensable à tout apprentissage, il s'agit d'adapter l'environnement à l'enfant autiste, et lui rendre compréhensible les concepts abstraits qui lui posent le plus problème, notamment l'écoulement du temps. Plusieurs systèmes alternatifs à la communication verbale sont utilisés : l'utilisation de la manipulation motrice, la bonne mémoire visuelle des autistes et qui sont plus signifiants pour eux que des mots. Ces programmes éducatifs préparent à l'apprentissage de la socialisation (**Pascal Lenoir, Joëlle Malvy, Chrystèle Bodier-Rethore, 2007, p207.208**).

8-2-2 l'ABA (Applied Behavioral Analyse)

Lovaas a mis au point la méthode ABA, ou l'analyse appliqués du comportement une approche novatrice, qui implique un thérapeute, les parents et éventuellement la fratrie, cette méthode doit d'abord et avant tout s'adapter au caractère spécifique de chaque enfant autiste. (**Rogé, 2004,p 05**)

Les travaux Lovaas ont été les premières à faire connaître cette approche dans le domaine de l'autisme. En outre, ce programme possède un nombre d'objectif qui sont :

- Développer et augmenter la fréquence des comportements indésirable.
- Contrôler les troubles des comportements en utilisant la répétition et le renforcement des comportements souhaités.
- Diminuer la fréquence d'apparition des comportements indésirable.

- Cette technique nécessite des personnes formées et entraînés (parents, professionnels, proche). Afin réduire ou d'augmenter le comportement cible. **(Dominique, 2014, p170).**

8-3 la prise en charge médicamenteuse

Il n'existe pas de pharmacologie spécifique pour l'autisme et pas de médicaments dont on puisse affirmer qu'ils aient montré leur efficacité curative dans les troubles autistiques. Ainsi les médicaments ont toujours été considérés dans l'autisme comme secondaires. En général, Certains classes de médicaments peuvent être utiles pour diminuer ces comportements susceptibles de gêner la socialisation et les possibilités d'apprentissage, on peut citer par exemple :

- Les neuroleptiques : depuis longtemps, un effet principalement recherché a été la diminution des comportements gênant d'agitation, d'agressivité, éventuellement d'automutilation chez les enfants autistes.

Donc un objectif double dans le traitement proposé aux autistes : réduire des comportements gênant quand ils existent et réhabiliter des fonctions déficitaires.

- Il existe de nouveaux produits antipsychotiques qui semblent avoir de bons effets au plan clinique sans présenter les inconvénients majeurs des produits classiques (exemple de la rispéridone). De même, certains produits sont en cours d'expérimentation (naltrexone, sécrétine, vitamine B6 et magnésium...) pour viser à améliorer des cibles particulières (hyperactivité, auto agressivité, agitation, interaction) **(Tardif et Gepner, 2003, p107.108).**

Synthèse

L'autisme est un trouble du développement qui affecte la façon dont les individus interagissent avec les autres, communiqué et perçoivent le monde qui les entoure. Il est caractérisé par des difficultés dans les interactions sociales, les comportements répétitifs et la communication, et qui apparaît dès la première année de vie avec les manifestations subtiles et variables qui se transforment en des symptômes clairs vers l'âge de deux à trois ans.

Chapitre II

Le comportement adaptatif

Préambule

Le comportement adaptatif est une notion clé pour comprendre l'adaptabilité des individus dans leur environnement. Il s'agit d'une mesure de la performance individuelle dans des domaines tels que les activités de la vie quotidienne, la communication, les relations sociales et la résolution de problèmes.

1-Définition de comportement adaptatif

1-1 Définition d'adaptation

Pour le biologiste, l'adaptation recouvre diverses acceptions, les adaptations évolutives, physiologiques, sensorielles, l'apprentissage pour le neurobiologiste et le psychobiologiste, il s'agit d'un processus dynamique de changement développé volontairement ou involontairement afin de replacer l'organisme dans une position plus avantageuse face à son milieu interne ou à l'environnement et supposant la capacité d'apprendre, les moyens mis en jeu sont d'ordre psychologique ou biologique, intégré en élémentaire. Le comportement est la médiation la plus souvent utilisée pour placer l'organisme dans une situation moins menaçante, pour satisfaire ses besoins et, en dernier ressort, garantir sa survie et celle de son espèce, un obstacle, le besoin, la contrainte, le changement obligent à une mobilisation de l'organisme qui tente par le comportement de maintenir l'équilibre est une nécessité psychologique (Roland.D. et Françoise. P12, 13)

2-1 Le comportement adaptatif

Le comportement adaptatif est défini par l'ensemble des activités quotidiennes assurant une adaptation personnelle et sociale suffisante. Il est évidemment fonction de ce qu'on peut attendre de l'enfant, compte-tenu de son âge, et il est défini par l'attente des parents et par les représentations sociales. Ce sont ceux qui vivent ou travaillent avec un enfant qui peuvent juger de l'adéquation du comportement par rapport à ce qu'on attend de lui. Il se définit par la pratique habituelle (ce que l'enfant fait d'habitude) et non par la compétence : car l'enfant peut être capable d'avoir ce comportement mais ne l'utilise pas forcément de façon appropriée dans des circonstances opportunes. Le comportement adaptatif présente donc de multiples facettes allant des compétences communicatives aux relations interpersonnelles, en passant par l'autonomie dans les actes de la vie courante : alimentation, hygiène, actes moteurs et locomoteurs (Catherine, T. p235).

Le comportement adaptatif concerne les catégories de comportement suivantes : capacité sensori-motrices, communicatives, socialisation, activités et savoir-faire journaliers, jugement et raisonnement concret, éventuel dans ces secteurs sur la base du retard en nombre d'années.

Un profil du déficit adaptatif est alors établi qui emprunte les mêmes catégories (léger, modéré, sévère, profond) que l'évaluation psychométrique du retard mental.

(Jean. A.R p, 08).

Le comportement adaptatif c'est un ensemble des habileté conceptuelles, sociales et pratique apprises par la personne et qui lui permet de fonctionner au quotidien les limitations significatives sur le plan du comportement adaptatif sont définies de manière opérationnelle comme une performance ou un score qui se situe à au moins deux écarts –type sous la moyenne soit : (a) à l'un des trois types de comportements adaptatifs suivants : conceptuel, social et pratique ; (b) à un score global mesuré à l'aide d'un instrument standardisé portant sur des habiletés conceptuelles, sociales et pratiques.

ces trois habiletés sont reprises en détail avec leur contenu , on voit que les habiletés conceptuelles concernant la résolution des problèmes abstraits , la compréhension et l'utilisation les processus symboliques , tandis que les habiletés sociales sont plutôt la compréhension et l'interaction efficace avec des objets des événements sociaux , le respects les normes l'utilisation adéquate de ses habiletés sociales , être empathique réfléchi et capable d'atteindre ses objectifs en fini , les habiletés pratiques regroupent les capacités de composer avec de la vie quotidienne ce qui inclut prendre soin de soi sur le plan domestique et socio professionnel(Doll,EA.1997,p155).

2- Aperçu historique

Le terme Adaptation est emprunté au latin médiéval adaptation, attesté au 13ème siècle mais ne se diffuse qu'au 16ème siècle pour désigner l'action d'adapter, d'approprier, d'ajuster (1561). Il se spécialise très tôt en rhétorique pour "convenance (d'un mot, de l'expression) à l'idée" (1539). Le sens de "modification (d'un organisme vivant) selon le milieu, la situation" date du 19ème siècle avec l'essor de la biologie qui lui donne « statut » de concept scientifique

Toute porte à croire, en effet, que le corpus d'origine de l'adaptation est la biologie. Une recherche bibliographique approfondie montre la primauté de cette discipline par rapport aux autres dans la définition de l'adaptation. On peut, par exemple, repérer l'importance de la production intellectuelle - nombre d'ouvrage et d'articles, de sites internet consacrée à l'adaptation par la biologie. L'adaptation y est un concept incontournable et la référence au modèle biologique est quasiment inévitable dès que l'on aborde cette notion. A partir de son emploi en biologie, l'adaptation a suscité, par diffusion dans le champ scientifique, différentes tentatives d'appropriation et d'intégration de la part d'autres disciplines. Nous verrons d'ailleurs, en relation avec notre projet de définition, que les transpositions en psychologie et en sociologie ne peuvent que difficilement se comprendre sans l'arrière-fond des travaux menés par la biologie. L'adaptation est, encore aujourd'hui dans ces disciplines, le plus souvent perçue au travers de son appartenance première au corpus de la biologie, ce qui ajoute davantage à la nécessité d'actualisation que l'on évoquait supra (**Allain, 2003, p.23**).

L'adaptation consiste toujours en une relation entre la personne et son environnement, ce qui fait à PERRON en 1975 que s'adapter « c'est parvenir à un certain mode de relation interpersonnelle et réaliser une certaine insertion sociale que l'on juge souhaitable » mais comme le soulignent de nombreux auteurs comme Mucchielli en 1965, il faut se garder de confondre adaptation et conformisme, bien qu'en apparence ces deux mécanismes engendrent des conduites jugées.

Dans le champ même de la biologie, on constate que depuis son apparition, la définition du concept d'adaptation est l'enjeu de vives polémiques, l'origine à la fois de la biologie comme discipline, de la conception transformiste de l'adaptation revient historiquement à «Lamarck» sa conception articule quatre lois origine de l'évolution, relations entre organes, besoins et milieu, effet d'exercice, transmission des caractères acquis et développe une conception novatrice qui définit l'adaptation comme le noyau dur de la transformation des espèces et donc de l'évolution(**Allain.2003 ,23-24**).

3-Les critères diagnostiques des troubles de l'adaptation chez l'enfant

A-survenue de symptômes émotionnels ou comportementaux en réponse à une plusieurs facteurs de stress identifiables dans les 3 mois suivant l'exposition au (x)facteur (s) de stress.

B-ces symptômes ou comportements sont cliniquement significatifs, comme en témoigne un les deux éléments suivants :

1-Détresse marquée hors de proportion par rapport à la gravité ou à l'intensité du facteur de stress, compte tenu du contexte externe et des facteurs culturels qui pourraient influencer la gravité des symptômes et la présentation.

2-Altération significative du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

C-La perturbation causée par le facteur de stress ne répond pas aux critères d'un autre trouble mental et n'est pas simplement une exacerbation d'un trouble mental préexistant.

D –les symptômes ne sont pas ceux d'un deuil normal.

E- une fois que le facteur de stress ou ses conséquences sont terminés, les symptômes ne persistent pas au-delà d'une période additionnelle de 6 mois.

(**American psychiatric association, 2013**).

4- Les Difficultés d'adaptation chez l'enfant autiste

Les enfants autistes peuvent rencontrer plusieurs difficultés dans leur capacité à s'adapter à leur environnement, voici quelques exemples :

4-1 Les difficultés dans les interactions sociales

Les personnes qui ont de l'autisme ont des difficultés à décoder le comportement social, elles ont problèmes liée au contexte et au transfert des compétences. la spontanéité de l'intuition dans l'interaction sont souvent particulières ou même absentes chez les bébés et les jeunes enfants avec autisme.

Les enfants autistes peuvent avoir des difficultés à comprendre les règles sociales et les normes de comportement, ils peuvent avoir du mal à initier ou à maintenir une conversation, à établir des relations d'amitié ou à comprendre les expressions faciales et les gestes.

4-2 Les difficultés de communication

L'enfant avec autisme a des difficultés à comprendre le langage verbal, à communiquer et à entrer en interaction avec l'entourage et l'environnement.

Par ailleurs, l'enfant avec TSA a souvent des difficultés pour exprimer clairement ses besoins, ses attentes comme ses sentiments, avec toute la frustration qui en résulte.

Enfin, même si l'enfant parle, il est important qu'il développe son vocabulaire et le langage social, il doit apprendre à se rendre compte que parler va l'aider à communiquer ses souhaits.

4-3- Les difficultés d'apprentissage d'autonomie et de prise d'initiative

L'enfant porteur de TSA n'est pas toujours en capacité de faire de choix d'une activité. Il a aussi souvent des difficultés d'adaptation et un manque de flexibilité cognitive qui peuvent l'amener à répéter un comportement inadapté (**Desvignes, V.et Lbrun-Martin, E. (2019).p144**).

5-Les conditions d'adaptation

5-1 La théorie de T.W.Adorno

La première est représentée par exemple par les travaux de T.W.Adorno et de ses collaborateurs sur la personnalité autoritaire : certaines attitudes sont enracinées au plan profond de la personnalité , elles en composent d'une certain syndrome caractériel .Ainsi , les stéréotypes raciaux , comme des éléments d'un système d'attitudes complexes : l'antisémitisme est le plus souvent associé à un moralisme sexuel insistant , à une croyance en la valeur des hiérarchies sommaires , à une vision pessimiste de l'histoire , à une soumission aux principes d'autorité et aux conventions , etc. . Il est clair que des attitudes de ce genre sont difficilement modifiables dans la mesure où elles appartiennent à un système général 'attitudes, d'une certaine manière constitutive de la personnalité. Lorsque l'adaptation à un groupe implique la modification d'une attitude de ce type, elle a peu de chances de se réaliser, dans la mesure où le « coût » psychologique considérable entraîné par le changement d'attitude devrait être compensé par un « gain » psychologique élevé résultant de l'adhésion est forcée, il y a de fortes chances pour que se développe plutôt une attitude de « retrait » par rapport au groupe.

5-2 La théorie de dissonance cognitive

La deuxième théorie est associée aux noms de Festinger et de ses collaborateurs et porte le nom de théorie de la dissonance cognitive. Elle concerne les opinions et attitudes moins profondément enracinées dans la personnalité que les précédentes. Son propos est d'analyser le processus de changement d'opinion chez le sujet incité à adopter, la pression de la réalité par la pression de la réalité sociale ou de la réalité objective, des jugements qui se trouvent en contradiction avec ceux qu'il acceptait jusque-là. Les expériences construites dans le cadre de cette théorie montrent que, dans les situations de ce genre, le sujet a tendance à modifier ses opinions, attitudes et jugements, de manière à obtenir au moindre coût psychologique un ensemble de jugements cohérents. On peut conclure de cette théorie que, même dans les cas des attitudes superficielles, il existe une tendance psychologique à résoudre les contradictions au moindre coût psychologique à résoudre les contradictions au moindre coût. On peut donc supposer que lorsque l'entrée dans un groupe entraîne une modification de nombreux jugements, il faut que la rémunération produite par cette adaptation soit élevée. La théorie de Festinger ne permet cependant pas d'énoncer des propositions plus précises, car elle a tendance à se situer sur le terrain de la psychologie individuelle plutôt que de la psychologie sociale.

5-3 Individu, groupes d'appartenance et groupes de référence

Une troisième théorie, associée aux noms d'Hymen, de Newcomb et de Merton notamment que les opinions et attitudes dépendent des différents groupes qui constituent le champ social d'un individu. Les uns sont des groupes d'appartenance (groupes auxquels le sujet se réfère, qu'il y appartienne ou non. L'importance du groupe de référence pour la formation des opinions et attitudes a été remarquée à propos d'une étude concernant le moral militaire. On a observé, dans cette étude, que dans certaines unités, où l'avancement était un événement rare, les engagés se déclaraient en général satisfaits du système de promotion, bien qu'ils n'eussent en réalité que des chances d'avancement restreintes. En revanche, dans les unités techniques à promotion rapide, où les chances étaient élevées, l'insatisfaction à l'égard du système d'avancement était grande. Ce résultat montre que les opinions sont largement déterminées par les groupes auxquels on se réfère (**Dictionnaire de la sociologie, 2005**).

6-Mesure du comportement adaptatif

La mesure du comportement adaptatif cherche à évaluer la performance typique d'une personne dans son environnement naturel. En d'autres termes, ce n'est pas ce que la personne est capable de faire qui est au centre de l'évaluation, mais ce qu'elle fait concrètement. Le comportement adaptatif d'une personne ne peut par conséquent pas être mesuré au moyen d'un test ou d'une observation ponctuelle réalisée par un évaluateur externe. Il doit être évalué sur la base d'observations couvrant des périodes étendues et prenant place dans les différents milieux de vie de la personne. Une évaluation du comportement adaptatif implique par conséquent de se baser sur les informations fournies par des personnes qui connaissent bien l'individu évalué et qui le côtoient régulièrement.

En effet, l'évaluation du comportement adaptatif peut contribuer à chacune des trois fonctions : le diagnostic, la classification et la planification du soutien. Ces comportements adaptatifs sont définis comme étant des activités quotidiennes assurant une adaptation personnelle et sociale suffisante. Ces activités réfèrent généralement aux comportements observables par lesquels seront mesurées les habiletés adaptatives. Ces dernières se manifestent dans des sphères ou des domaines du fonctionnement adaptatif et présentent de multiples facettes allant des compétences communicatives aux relations interpersonnelles, en passant par l'autonomie dans les actes de la vie courante (**Bouchand, J.2013, p175**).

Synthèse

On peut synthétiser dans notre travail que la notion comportement adaptatifs chez les enfants autistes est variable.

Certaines enfants ont des difficultés majeures dans les domaines sociaux, communicationnels et comportementaux, tandis que d'autres ont des compétences supérieures dans certains domaines.

Chapitre III

Le développement de

L'enfant

Préambule

L'enfant est un être en développement, qui a besoin d'amour, de sécurité et d'une éducation appropriée pour grandir et s'épanouir correctement. Il est le fondement de la société et mérite d'être respecté, protégé et traité avec dignité et bienveillance. Les adultes ont la responsabilité de fournir les soins nécessaires pour assurer le bien-être de l'enfant et de lui offrir les meilleures opportunités pour son futur.

Nous avons abordé dans ce chapitre les étapes du développement (physique, cognitif, affectif), et la scolarité de l'enfant.

1-Définition de l'enfant

Étymologiquement, les termes d'enfant, d'enfance, renvoient d'abord à une notion d'inachèvement, l'infantia, c'est le défaut d'éloquence ; l'infan désigne celui qui ne maîtrise pas le langage et, par extension, les premières années de vie.

(Doron R. et Parot F., 2007 p 55).

La période de l'enfance est proportionnellement plus longue chez l'homme que dans les autres espèces animales. L'immaturation de l'enfant humain en fait un être fragile, incapable de survivre par ses propres moyens ; mais simultanément, elle est à l'origine d'une grande plasticité qui permet de s'adapter à des changements de milieu et d'en acquérir le contrôle. L'enfant est dépendant des adultes, ce qui permet le développement de relations interindividuelles fortes et durables et une transmission privilégiée des connaissances acquises par les générations précédentes et de la culture sous ses aspects : croyances, code moral, bonnes manières, expression artistique, etc. En conséquence, l'enfance « s'inscrit dans un contexte social, technique et démographique, et dans les variations historiques de ce contexte ». Les statuts spécifiques des enfants, les rôles qui leur sont attribués, les attentes, les sollicitations, les apports, les aides, les interdictions dont ils sont l'objet, qui modèlent leur existence journalière, sont déterminés conjointement par l'immaturation biologique et des interprétations sociohistoriques **(Sillamy, N.2003 p06).**

2-Le développement de l'enfant

Le développement de l'enfant est un processus complexe qui implique des changements physiques, cognitifs, sociaux et affectif au fil du temps. Les enfants suivent un parcours de développement général, mais chaque enfant est unique et se développe à son propre rythme.

L'enfant pendant sa conception intra-utérine jusqu'à l'âge adulte se développe simultanément et souvent en interdépendance dans différents domaines :

- Développement physique
- Développement cognitif
- Développement affectif
- Développement social

2-1 Le développement physique chez les enfants de 6 à 11 ans

- **La croissance**

De 6 à 11 ans, la croissance ralentie considérablement, pourtant même si d'un jour à l'autre les changements ne semblent pas très évidents, ils s'ajoutent progressivement les uns aux autres faisant d'un enfant de 6 ans encore petit, un jeune de 11 ans qui parfois atteint presque déjà la taille d'un adulte.

Au cours de cette période, les enfants des deux sexes grandissent d'environ 5 cm à 8 cm par année. Les filles développent plus de tissus adipeux que les garçons. De nos jours, un enfant de 10 ans pèse en moyenne 5 kg de plus qu'il y a 40 ans soit environ 39 kg pour les garçons et près de 40 kg pour les filles. A partir de cet âge la taille et le poids des filles commencent être légèrement supérieurs à ceux des garçons et le demeurent généralement jusqu'à ce que ces derniers entreprennent à leur tour, vers l'âge de 12 ans ou 13 ans, la poussée de croissance pubertaire (**Helen, B. Denise, B.p 237**).

- **Le développement du cerveau**

Entre 6 et 11 ans, le cerveau d'un enfant se développe de manière importante. Voici quelques-uns des principales caractéristiques de cette période :

- Maturation des zones du cerveau lié aux fonctions supérieures telles que la mémoire, la compréhension, la planification et la résolution de problèmes.
- Développement des habiletés sociales, communicationnelles et émotionnelles, y compris l'empathie et la prise en compte des besoins des autres.
- Développement de la capacité à se concentrer et à contrôler les impulsions, ainsi qu'à réguler les émotions.
- Développement de la pensée critique et de la capacité à utiliser les connaissances acquises pour résoudre des problèmes concrets.
- Elaboration de la capacité à comprendre des concepts plus complexes dans les domaines des mathématiques, des sciences et de la lecture.
- Développement de l'auto-évaluation et de la conscience de soi, y compris une meilleure compréhension de ses propres forces et faiblesses.

C'est une période cruciale pour le développement des compétences et des aptitudes qui seront nécessaires plus tard dans la vie. Les parents et les enseignants peuvent aider à encourager la croissance et l'épanouissement de l'enfant en offrant un environnement favorable et des occasions d'apprentissage stimulantes.

- **L'obésité infantile et l'image corporelle**

L'obésité infantile est aujourd'hui considérée comme un véritable problème de santé publique. Les enfants de 6 à 12 ans sont un peu moins touchés que les adolescents et les tout petits, selon l'enquête canadienne sur les mesures de la santé de 2007-2009 (**Tremblay et al, 2010**) la taille et le poids des enfants ont significativement augmenté depuis 1981, mais les mesures obtenues indiquent que la composition corporelle des enfants est moins bonne qu'elle ne l'était.

Les enfants obèses ont une probabilité plus élevée de développer des maladies telles que le diabète, les maladies cardiovasculaires, les troubles musculo-squelettiques. Ces enfants risquent aussi de présenter des problèmes de comportements, d'être en proie à la dépression et d'éprouver une faible estime de soi. Cela pourrait être le cas de Dimitri dans la mise en situation puisque des recherches faites à L'Université du Québec en Outaouais ont démontré que chez des enfants de 8 à 12 ans, ce n'est pas le poids réel de l'enfant qui a une incidence sur l'estime de soi et la réussite scolaire, mais plutôt la perception que l'enfant de son poids.

Les parents, ont un rôle important à jouer dans la prévention et la réduction de l'obésité infantile et la promotion d'une image corporelle positive chez les enfants. Il est important de sensibiliser et d'éduquer les enfants sur le maintien d'un mode de vie sain, une alimentation équilibrée et la pratique régulière d'une activité physique. Les parents et les enseignants doivent également apprendre aux enfants à accepter et à apprécier leur apparence physique, quelle qu'elle que soit (**Helen, B. Denise, B. p 240**).

- **L'état de santé**

En générale, les enfants de 6 à 11 ans sont en bonne santé et vivent des périodes de croissance et de développement important. Pendant cette période

Il est plutôt tendance à être brèves et leur fréquence et de six ou sept « épisode » par année, incluant les rhumes, la diarrhée ou les virus.

L'asthme, une maladie chronique débutant souvent dans l'enfance, est devenu de plus en plus commun et sa fréquence est en augmentation partout dans le monde. Les causes de cette maladie respiratoire touchant davantage les garçons que les filles ne sont pas encore claires, mais elle pourrait être le fait d'une prédisposition génétique. D'autres facteurs pourraient également être en cause comme l'exposition à la fumée, les animaux domestiques, la pollution de l'air et les moisissures.

Le taux d'enfants atteints de cancer est demeuré stable au Canada ces dernières années. Toutefois, même si le cancer est la deuxième cause de décès par maladie chez les enfants de moins de 15 ans, on note une diminution considérable des décès liés à cette maladie. Cette diminution est principalement attribuable aux avancées réalisées dans le traitement de la leucémie.

Le diabète de type 1 est le type le plus courant de diabète chez les enfants de cet âge. Il s'agit d'une maladie auto-immune, ce qui signifie que le système immunitaire de l'enfant attaque les cellules productrices d'insuline du pancréas, ce qui perturbe la régulation du sucre dans le sang.

- **Le développement des habilités motrices**

Au cours de cette période, les enfants continuent de développer leurs habilités motrices grâce à l'exercice physique régulier et à la pratique d'activités sportives et récréatives. Parmi les

aspects de leurs développements en trouve la coordination : les enfants de cette tranche d'âge améliorent leurs coordinations et leurs équilibres, ce qui leurs permet de réaliser des mouvements plus précis et plus fluide. Aussi les enfants en grandissant on plus de force musculaire et peuvent bouger des objets plus lourds ou exécuter des activités physiques plus exigeantes, notamment des sports d'équipe. En trouve aussi l'agilité, les enfants acquièrent également plus d'agilité ce qui leurs permet de sauter, courir et esquiver avec plus de facilité. Au fur et à mesure qu'ils développent leur équilibre ils sont également en mesure de réaliser des mouvements plus risqués.

La motricité fine : les enfants de cet âge développent également leur motricité fine, c'est-à-dire leur capacité à effectuer des mouvements précis et minutieux avec leurs mains et leurs doigts. Cela inclut des activités telles que l'écriture, le dessin, la couture ou la manipulation d'instruments de musique.

L'activité physique et le sport chez ces enfants jouent un rôle important dans leur développement physique, mental et social. Ces activités physiques recommandées incluent la course, le saut, la danse et les sports d'équipe tels que le football, le basketball. Les enfants devraient être encouragés à participer à une variété d'activités pour développer leur coordination et leurs compétences motrice. Les parents et les éducateurs devraient également encourager les enfants à pratiquer un comportement sportif et à respecter les règles et les décisions des arbitres. (**Helen B. Et Denise, B. p242, 244**)

2-2 Le développement cognitif

Les enfants de cette tranche d'âge ils sont capables de penser de manière plus abstraite, de résoudre des problèmes plus complexes et de développer leur créativité.

- **Le stade des opérations concrètes de Piaget**

Selon Piaget, au cours de cette étape l'enfant est désormais capable d'utiliser des opérations mentales pour résoudre des problèmes réels et concrets.

Comme il est beaucoup moins égocentrique, l'enfant parvenu au stade des opérations concrètes est capable de décentration c'est-à-dire qu'il peut tenir compte de plusieurs aspects d'une situation plutôt que de fixer son attention sur un seul aspect, comme c'était le cas au stade précédent. Les enfants comprennent maintenant que les actions peuvent être inversées et que les objets peuvent être retournés à leur état d'origine.

Enfin, la pensée logique des enfants sont capables de penser de manière plus logique et de comprendre les concepts de cause et d'effet.

- **La conservation**

Ce concept se rapporte à la compréhension que la quantité d'une substance reste la même si elle change de forme ou de taille. Par exemple, si l'on donne à un enfant deux boules en forme de serpent, l'enfant qui atteint le stade des opérations concrètes, contrairement à celui qui est encore au stade préopératoire est maintenant capable de dire que la boule et le serpent contiennent la même quantité de pâte à modeler. L'enfant comprend donc à la fois le principe d'identité (il sait que si rien n'a été ajouté ou enlevé, c'est la même boule de pâte à modeler), le principe de réversibilité (il sait qu'il pourrait redonner au serpent sa forme de boule) et le principe de compensation (le serpent est plus long, mais moins qu'épais que la boule).

Aussi par exemple, si vous montrez à un enfant deux verres contenant la même quantité d'eau, mais que l'un des verres est plus large et plus court que l'autre, l'enfant plus jeune pourrait penser que le verre plus large contient plus d'eau. Cependant, un enfant plus âgé, qui a acquis la conservation comprendra que les deux verres contiennent la même quantité d'eau.

La compréhension de la conservation chez ces enfants est importante pour leur développement cognitif, car cela leur permet de penser de manière plus logique et systématique.

- **La classification**

Les enfants sont capables de classer les objets en fonction de leurs caractéristiques communes, comme la taille, la forme ou la couleur.

Selon Piaget (1964), si on montre à un enfant de stade préopératoire un bouquet de dix fleurs (sept roses et trois œillets) et qu'on lui demande si le bouquet compte plus de roses ou plus de fleurs du bouquet. Ce n'est qu'au stade des opérations concrètes que l'enfant peut réaliser que les roses représentent une sous-classe de fleurs et que pour cette raison il ne peut y avoir plus de roses que de fleurs dans le bouquet (Flavell, M. 2002).

Cette compréhension de l'inclusion de classe est étroitement liée aux raisonnements inductif et déductif.

- **Le raisonnement inductif et le raisonnement déductif**

Selon Piaget, le raisonnement déductif et le raisonnement inductif sont deux types de raisonnement qui se développent chez les enfants à mesure qu'ils grandissent et mûrissent cognitivement.

Le raisonnement inductif est un processus par lequel un enfant tire une conclusion générale à partir de plusieurs observations spécifiques par exemple (Mon chien aboie. Le chien de Claude aboie aussi, ainsi que celui de Sarah. Il semble donc que tous les chiens aboient.), les conclusions inductives ne sont pas définitives, car il est toujours possible de recevoir une nouvelle information qui va à l'encontre de celle-ci (un chien qui n'aboie pas). Le raisonnement déductif ne se développerait, selon Piaget qu'à l'adolescence.

Ce raisonnement se construit à partir d'une affirmation générale sur une classe (ou prémisse) appliquée ensuite à tous les membres de cette classe. Si la prémisse est vraie pour l'ensemble de classe et que le raisonnement est sensé, alors la conclusion est aussi vraie (« tous les chiens aboient, Frimousse est un chien, donc Frimousse aboie. »).

En résumé, le raisonnement inductif et le raisonnement déductif sont deux types de raisonnement qui se développent chez l'enfant selon Piaget. Le raisonnement inductif permet à l'enfant de créer de nouvelles hypothèses ou généralisations à partir d'observations spécifiques, tandis que le raisonnement déductif permet à l'enfant d'appliquer des règles ou des principes existants à des situations particulières.

- **Les relations spatiales**

Les relations spatiales sont un aspect important du développement cognitif chez les enfants. A ce stade, les enfants ont tendance à avoir une meilleure compréhension de l'espace. Ils peuvent également utiliser des termes spatiaux pour décrire la position et le mouvement des objets.

L'une des raisons sous est que les enfants plus aptes à comprendre les relations spatiales lorsqu'ils atteignent le stade des opérations concrètes. L'enfant a alors une idée plus claire de la distance qui sépare un endroit d'un autre (semaison et celle d'un ami, par exemple) et du

temps nécessaire pour parcourir cette distance, il peut aussi se souvenir plus facilement du parcours.

- **Les nombres et les mathématiques**

Vers six ou sept ans, la plupart des enfants sont capables de compter dans leur tête. Ils peuvent aussi compter par exemple, pour additionner les nombres 5 et 3, ils peuvent commencer à compter à partir de 5 et additionner 3 en continuant de compter jusqu'à 8 (5,6,7 et 8). Ensuite à faire la même chose avec les soustractions, mais vers neuf ans, la plupart des enfants en sont capables.

Les fractions et décimales : les enfants commencent à comprendre les fractions et les décimales et peuvent les utiliser dans des opérations mathématiques. Aussi les enfants peuvent utiliser des compétences mathématiques pour résoudre des problèmes plus complexes (**Helen B. Denise B. p 247,250**).

2-3 Développement affectif

Le terme « affectivité » a une double signification selon Piéron : c'est « la capacité individuelle à éprouver des sentiments ou des émotions » et « la réaction émotive généralisée ayant des effets définis sur le corps et l'esprit » (**Baudier et céleste.2002, p 02**).

Freud a élaboré une théorie de développement psychosexuel, fondé sur des stades, lesquels constituent la base du développement de la personnalité, il identifie cinq stades de développement psychosexuel : le stade oral, anal, phallique, la période de latence et le stade génital.

Il distingue deux périodes essentielles : La période prégénitale dès le début de la vie avec la Succession des zones érogènes prédominantes (orale, phallique ou urétrale), et la période génitale proprement dite qui commence à l'adolescence. Entre les deux s'étend une période de latence (en gros entre 6 et 12 ans) au cours de laquelle les pulsions changent de but en se tournant vers des objectifs plus socialisés, rendant l'enfant plus disponible pour des apprentissages de type pédagogique. L'avènement de cette période correspond à un refoulement important (**Tourette, Guidetti, 2008**).

Pour Freud, le développement affectif de l'enfant de 6 ans à 12 ans est marqué par la période de latence.

- **La période de latence (6 ans à 11 ans)**

Ce terme de latence marque le fait que pendant ces cinq ou six années, l'évolution de la Sexualité se ralenti considérablement ou s'arrête, avant de répondre avec l'avènement de la Puberté et des pulsions génitales qu'elle déclenche. Il peut arriver que le complexe d'Edipe n'ait pas été totalement résolu dans la période précédente, il reste alors en sommeil. A cette période, l'énergie pulsionnelle se libère pour un investissement intellectuel ; l'intérêt de l'enfant pour la connaissance, pour le monde extérieur est manifeste. Il y a déssexualisation des relations aux parents qui s'accompagne de refoulement et de sublimation des pulsions sexuelles anciennes. C'est une période de renforcement du moi, mieux adapté à la réalité, et du surmoi. L'enfant se trouve dans une période d'équilibre relatif par rapport aux conflits pulsionnels de la période précédente et de l'étape suivante. Ce qui ne veut pas dire que sa personnalité n'évolue pas mais que cette évolution est régulière et sans perturbations importantes (Tourette, Guidetti, 2008).

- **La théorie de l'attachement**

Le développement affectif du jeune enfant prend aussi l'appui sur l'attachement qui est Développé par Bowlby et d'autres. C'est un terme souvent utilisé pour désigner la relation parent enfant. L'attachement renvoie à un besoin de contact social inné et primaire. Ce besoin d'autrui est un besoin de protection sur laquelle repose la survie de l'enfant et de l'espèce. Ce besoin est primaire car il est spécifique et indépendant des autres besoins : il doit en effet être satisfait au même titre que d'autres besoins physiologiques fondamentaux (chaleur, nourriture) ; soutenue par la psychanalyse. L'innéité du besoin d'attachement explique que soit disponible dès la naissance un répertoire comportemental qui permet d'attirer et maintenir la présence d'autrui.

L'attachement fonctionne comme un système de régulation de la proximité : le rapprochement ou le maintien de la présence d'autrui est un signal qui arrête le comportement (par exemple (les pleurs). L'écran spatial mais aussi les conditions externes (obscurité, bruit) et les conditions internes (douleur) sont susceptibles de déclencher l'un des comportements d'attachement. Avec le développement cognitif, la proximité devient moins importante dans le déclenchement des comportements d'attachement car l'enfant construit une représentation de ses figures d'attachement qu'il peut activer en leur absence (Tarabulsky, G.2003, p.61).

2-4 Le développement social

Le développement social implique la capacité des enfants à interagir avec les autres. Les enfants apprennent à comprendre les émotions et les points de vue des autres, à établir des relations et à développer leur propre identité.

- **La socialité** : l'enfant présente à partir de 6 ans des comportements socialisés : respect des autres, conscience de leurs qualités, collaboration, préoccupation d'autrui... vers 8 ans, l'enfant passe de l'égoïsme) l'aptitude à se mettre à la place de l'autre dont il commence à saisir les intentions. A 10 ans, la coopération et l'autonomie existent, l'enfant dénonce la tricherie, le soufflage, le mensonge, il a le sens de la justice.
- **Age du groupe social** : (âge de la bande) : l'enfant mène entre 10 et 12-13 ans une vie sociale interne. C'est l'âge où chacun donne au groupe tout ce que le groupe attend de lui. Les groupes se forment avec des règles à respecter par tous et possibilité d'exclusion si pas respectées.

La psychologie considère le processus psychosocial comme moteur de la maturation générale. Selon Wallon la période de la naissance à trois ans correspond à la phase de construction de la personne décrite en deux grandes étapes d'abord centripète (centré sur soi), puis centrifuge (tourné vers le monde extérieur et la construction de monde extérieure). Il dit lui-même en 1963 : « L'homme est un être biologique, il est un être social et c'est seul et même personne. L'objet de la psychologie, c'est de faire connaître l'identité de l'homme sous ses différents aspects. » (Tourette, Guidetti, 2008).

- **Interaction entre pairs à partir l'école élémentaire**

On distingue deux périodes dans l'âge scolaire :

a) Période d'adaptation (6-7-9ans)

Les processus de socialisation sont en route et on les verra apparaître dans le jeu de l'enfant. Dans les premières années de l'école primaire les enfants n'ont pas encore le sens de « la classe » c'est-à-dire le minimum de solidarité de groupe qui lie les élèves entre eux vis-à-vis de l'instituteur et parfois contre lui.

La socialisation est le phénomène le plus visible de cette première période. Socialisation est ici employée au sens strict : la découverte d'autrui comme camarade et comme coopérateur, l'accès au travail collectif, le besoin de participer à un groupe.

b) Période d'assimilation (9-12 ans)

C'est une période pendant laquelle l'enfant non seulement emmagasine une somme de connaissances considérable pour son âge, mais apprend aussi les mécanismes sociaux et les attitudes qui vont poser sur le développement de sa vie sociale ultérieure.

(Stassart M., 1997, P.67).

Verra transparaître dans le jeu de l'enfant. Dans les premières années de l'école primaire les enfants n'ont pas encore le sens de « la classe » c'est-à-dire le minimum de solidarité de groupe qui lie les élèves entre eux vis-à-vis de l'instituteur et parfois contre lui.

La socialisation est le phénomène le plus visible de cette première période. Socialisation est ici employée au sens strict : la découverte d'autrui comme camarade et comme coopérateur, l'accès au travail collectif, le besoin de participer à un groupe.

Les intégrations varient d'ailleurs de manière importante selon qu'elles sont ou non structurées par l'adulte. La fréquence de conduites conformes aux attentes augmente chez les filles, et non chez les garçons, lorsque le contexte est structuré par l'adulte la fréquence des comportements nouveaux diminue. Les différences filles et garçons sont plus marquées dans les activités à l'extérieur. Cela souligne l'importance du cadre de l'observation. L'adaptation aux différents contextes sociaux varie donc selon le sexe, les incitations parentales et sociales contribuent notablement à l'émergence de ces choix **(Cloutier et Renaud.1999)**.

- **Les parents et la famille**

Les parents et la famille sont les premiers modèles de comportement pour l'enfant c'est pourquoi il est important qu'ils donnent l'exemple en matière de respect, de communication, de tolérance et de coopération.

La famille est le principal lieu d'apprentissage des compétences sociales. Les parents doivent encourager les enfants à s'exprimer, à écouter les autres, à résoudre les conflits de manière constructive, à faire preuve d'empathie et à coopérer. Les parents et la famille sont

les premiers responsables de la sécurité et de l'environnement affectif de l'enfant. Ils doivent lui fournir un cadre bienveillant et sécurisant où il peut s'épanouir.

Les parents et la famille sont les premiers à transmettre les valeurs et les normes sociales à l'enfant. Ils doivent lui apprendre à respecter les autres, à être honnête et responsable, à résoudre les conflits de manière pacifique et à contribuer à la communication.

(Stassart M.1997.P, 67).

3- La scolarité de l'enfant

Selon le modèle écologique de Bronfenbrenner, plusieurs facteurs jouent un rôle dans la réussite scolaire de l'enfant : la confiance en ses capacités, l'appartenance à un sexe donné, l'implication des parents auprès de l'enfant et de l'école ainsi que leur style d'éducation, le niveau socio-économique de la famille, la valorisation de la part des pairs et des pratiques pédagogiques stimulantes.

L'école doit tenir compte des enfants ayant des besoins particuliers, comme ceux qui présentent une déficience intellectuelle, des troubles spécifiques d'apprentissage ou un trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité.

Les programmes scolaires destinés aux enfants doués, caractérisés par un QI de 130 ou plus, se concentrent surtout sur l'enrichissement et le rythme d'apprentissage.

(Helen, B. Denise, B. p237).

Synthèse

Le développement de l'enfant est un processus complexe et multifactoriel qui implique des développements physique, cognitif, affectif et sociaux qui sont influencés par des facteurs génétiques, environnementaux et relationnels.

Partie pratique

Chapitre IV

La méthodologie de la recherche

Préambule

Pour notre recherche, le chercheur doit suivre une démarche et une méthode précise, la recherche scientifique est un ensemble des actions qui se déroulent dans le cadre scientifique. Cette recherche suit une démarche propre, représente une population étudiée puis les techniques et les outils à utiliser pour la réalisation de celle-ci.

Dans ce chapitre, Dans un premier temps, nous allons présenter la méthode de la recherche suite à cela, nous allons parler sur les outils d'investigation et le déroulement de la recherche ainsi on va présenter la population d'étude et enfin, nous allons terminer avec les difficultés que nous avons rencontrées.

1- La méthode de recherche

L'une des finalités de la recherche scientifique c'est de le fournir une description aussi objective et complète que possible et trouver des éléments de réponses aux questions posés par le chercheur.

Tout travail scientifique se réfère à une méthode de recherche qui correspond au thème et l'objet de l'étude effectué par le chercheur.

La méthode de recherche est un aperçu de la façon dont une recherche donnée est effectuée, elle définit les techniques ou les procédures utilisées pour identifier et analyser les informations concernant un sujet de recherche spécifique.

Dans le cadre de notre recherche et afin d'aboutir à la vérification de nos hypothèses concernant leur fiabilité sur le terrain nous nous sommes référés à la méthode clinique, dont l'objectif est de recueillir des renseignements souhaités.

1-1 La méthode clinique

La méthode clinique est une démarche scientifique de recherche et de production de savoir, mais c'est aussi une pratique particulière du soin psychique.

La méthode clinique s'appuie donc sur l'observation directe du patient, permettant d'objectiver un certain nombre de traits rassemblés en tableaux et agencés de telle sorte que la phénoménologie se transforme en présentation sensée ordonnée, la méthode consiste sur ce point à donner une cohérence à la diversité des éléments issus de l'observation. Elle permet d'établir un diagnostic et d'indiquer des voies de traitement en introduisant quelques variantes

souvent bienvenues comme le diagnostic différentiel, la méthode clinique permet de classer avec une très grande rigueur les symptômes enregistrés, de les comparer à d'autres signes (Serban, L.Alan, B, p55).

Pour notre recherche, nous avons utilisé une étude de cas qui est au cœur de la méthode clinique. L'objectif de cette étude dans notre thématique c'est de décrire le comportement adaptatif chez les enfants autistes.

2- Les outils d'investigations

Toute recherche scientifique nécessite l'utilisation des outils d'investigations valides qui vont nous permettre d'atteindre nos objectifs, notre travail de recherche porte sur le comportement adaptatif chez les enfants autistes, nous avons choisis ces deux outils : un entretien clinique, ainsi que, l'échelle québécoise de comportement adaptatifs.

2-1 L'entretien clinique

Selon Chahraoui et Bénony, l'entretien clinique de recherche est souvent employé comme méthode de la production dans la recherche en psychologie clinique.

Pour Alain Blanchet (1997), l'entretien clinique opté par les psychologues cliniciens à un sens quelques peu déférent. Il vise à appréhender et à comprendre le fonctionnement psychologique d'un sujet en se centrant sur son vécu et en mettent l'accent sur la relations. Aussi, en visant l'obtention d'information sur ses souffrances et « difficultés de vie, les évènements vécus, son histoire, la manière dont il aménage ses relations avec autrui, sa vie intime, ses rêves et ses fantasmes » (Chahraoui, KH. Bénony, H. 1999, p11).

Parmi les types des entretiens disponibles, notre recherche on a besoin d'opté un entretien semi-directif.

2-1-1 L'entretien semi-directif

Entretien semi-directif est une technique courante en psychologie clinique pour collecter des informations sur une personne en vue de son évaluation ou de son traitement.

Dans ce type d'entretien, le clinicien dispose d'un guide d'entretien ; il a en tête quelques questions qui correspondent à des thèmes sur lesquels il se propose de mener son

investigation. Ces questions ne sont pas posées de manière hiérarchisée ni ordonnée, mais au moment opportun de l'entretien clinique (**Chahraoui, KH. Benony, H.2007, p16**).

2-2- Echelle québécoise de comportement adaptatif

2-2-1 Définition de l'échelle

L'échelle québécoise est un instrument diagnostique qui mesure le fonctionnement adaptatif d'un individu dans le but d'établir ou d'écarter un diagnostic de retard mental.

L'ÉQCA évalue les compétences adaptatives d'une personne dans différents domaines de la vie quotidienne tels que la communication, l'autonomie, les relations sociales, la vie domestique, les loisirs et la relation interpersonnelle.

Cette échelle est souvent utilisée pour le dépistage des troubles du développement chez les enfants et les adolescents, ainsi que pour l'évaluation des personnes ayant une déficience intellectuelle, un trouble du spectre de l'autisme ou d'autres troubles du développement (**Maurice, P, et al. 1993, p80**).

2-2-2 La consigne de la passation

Il est important de préciser que l'échelle québécoise de comportement adaptatif (ÉQCA) soit complétée par une personne qui connaît très bien la personne à évaluer et ce, quel que soit sa fonction (éducateur-tric, enseignante, psychologue, parent, etc.) lorsque certaines informations ne sont pas disponibles, il est suggéré de s'informer aux personnes qui pourraient répondre à ces items afin d'augmenter la validité de l'évaluation.

(Maurice, p, et al. 1993, p82)

2-2-3 La cotation

Le questionnaire est divisé en deux parties, chacun ayant son propre système de cotation. La cotation pour la partie du « comportement adaptatif » repose sur la fréquence et la manière dont le comportement est émise. Pour ce qui est des « comportements inadéquats », la cotation est réalisée en fonction de l'intensité de l'intervention nécessaire pour contrôler le comportement inadéquat en question (**Maurice, p et al. 1993, p83**).

PARTIE 1 : comportement adaptatif (item 1 à 225) :

0= NE LE FAIT PAS

Non...jamais...ne le fait pas...est incapable...

Vous devez coter « NE LE FAIT PAS », même si vous croyez le sujet capable de démontrer l'habileté alors qu'il ne le fait pas.

1= LE FAIT MAIS

Oui mais...sur demande...on doit lui rappeler...quelques fois...rarement...le fait à peu près...le fait, mais mal...pas complètement...irrégulièrement...le fait mais...

2= LE FAIT

Souvent...acquis...habituellement...oui...régulièrement...de façon autonome...de sa propre initiative...bien...correctement...sans aide...la plupart du temps...

La cotation « LE FAIT » s'applique aussi aux comportements qui ne sont pas émis parce qu'ils impliquent nécessairement des apprentissages antérieurs du sujet. Ainsi lorsqu'un individu peut courir (item 102), on prendra pour acquis qu'il a déjà rampé (item 94) et on cotera à ce dernier item.

NP= NON POSSIBLE

La cote NP (non possible) signifie que l'environnement du sujet ne lui permet pas de faire le comportement. On estime ainsi que le sujet pourrait peut-être émettre le comportement. Par contre, si l'on sait pertinemment que le sujet ne pourrait émettre le comportement même s'il en avait l'opportunité, on cote alors 0.

On indiquera aussi la cote NP à la sphère « Habiletés de travail » pour les individus de moins de 14 ans.

2-2-4 Le niveau des comportements adaptatif

Selon le manuel dans la partie du comportement adaptatif il existe trois niveaux le léger, moyen et profond ainsi on identifie le niveau de ces comportements chez une personne porteuse d'une déficience mentale de la façon suivante :

Tableau n°01: Le niveau des comportements adaptatif

Le degré du comportement adaptatif	Le niveau du comportement adaptatif
De 00 jusqu'à 100	Profond
De 200 jusqu'à 300	Moyen
De 300 jusqu'à 450	Léger

Partie02 : comportements inadéquats (item 226 à 324)

0= N'ÉMET PAS CE COMPORTEMENT

1= LÉGER

La cote 1 réfère à un comportement occasionnel ou bénin qui peut nécessiter de la part des intervenants une action isolée.

2= MOYEN

La cote 2 réfère à un comportement qui nécessite de la part des intervenants une action généralisée ou concertée afin d'appliquer une stratégie de traitement dans le but de modifier ce comportement.

3= GRAVE

La cote 3 sera donnée lorsque le comportement est suffisamment grave pour que le milieu menace de rejeter le sujet à cause de ce comportement, ou lorsque le comportement est dangereux pour la santé du sujet ou d'autres personnes de son entourage.

Tableau n°02 : Le niveau des comportements inadéquats

Le degré du comportement inadéquat	Le niveau du comportement inadéquat
De 00 à 24	Profond
De 25 à 50	Moyen
De 51 à 297	Léger

Tableau n° 03 : Le niveau de comportement adéquat

Sphère	Questions	Libellé	Score maximum
	1-23	Alimentation, cuisine	46
	24-31	Hygiène	12
	32-36	Utilisation de la	10

Autonomie		toilette	
	37-47	Habillage-déshabillage	22
Habilités Domestiques	48-51	Vêtements	08
	52-56	Intérieur	10
	57-62	Répartition	12
	63-65	Sécurité	06
	66-67	Extérieur	04
Santé et sensori-moteur	68-75	Santé	16
	76-91	Motricité fin	32
	92-106	Motricité global	30
Communication	107-122	Expression	32
	123-130	Réception	16
	131-141	Langage élaboré	22
Habilités préscolaire et scolaire	142-146	Graphisme	10
	147-151	Notion de temps	10
	152-158	Mathématiques Pratique	14
	159-162	Lecture	08
	163-164	Ecriture	04
Socialisation	165-183	Intérieur	38
	184-193	Déplacement	20
	194-196	Ressources communautaires	06
	197-200	Magasinage	08
	201-204	Services bancaires	08
	205-210	Loisirs	12
Habilités de travail	211-221	Habilités d'emploi et recherche d'emploi	22
	222-225	Comportements relations interactionnels au travail	08

Tableau n°04 : Les sphères et dimension de la deuxième partie de l'échelle**Comportement inadéquats**

Questions	Libellé	Score maximum
226-233	Comportements et postures stéréotypés	24
234-241	Comportements de retrait et d'inattention	24
242-275	Habitudes et comportements inacceptables	102
276-298	Manières interpersonnelles inappropriées et comportements antisociaux	69
299-308	Comportements sexuels inadéquats ou divergents	30

3- Présentation de lieu de recherche

Notre recherche s'est effectuée à l'association « **Espérance tous contre l'autisme** » d'Akbou, elle a été construite le 25 décembre 2016 sous l'agrément numéro 19/2016.

Cette association est divisée en trois salles : salle pour les cas sévères, salle pour les moins sévères et une salle pour les enfants moins de quatre ans. Sa tâche c'est de prendre en charge des enfants, des adolescents et adultes avec autisme, IMC, trisomie et de leur famille, Elle applique deux programmes **ABA** et **TEACCH**.

Les objectifs de cette association :

- Guidance parental pour la prise en charge efficace des autistes
- Scolarisation de tous les enfants atteints d'autisme
- Participation aux différentes manifestations et activités nationales et internationales pour transmettre la préoccupation des personnes avec autisme
- Prise en charge sociale et psychologique des familles d'enfant autiste.

4- Le déroulement de la recherche

4-1-La pré-enquête

Effectivement, l'étape la plus importante avant de commencer une recherche scientifique est d'effectuer une pré-enquête. Parce qu'elle demeure cruciale pour enrichir notre problématique, et élaborer notre guide d'entretien. La pré-enquête est sans doute le début qui marque toute recherche dans le domaine des sciences humaines et sociales, car elle nous permet un recueil de données pertinent sur le thème de recherche, pour pouvoir déterminer les indicateurs de celui-ci, ainsi vérifier la faisabilité des outils choisis sur le groupe visé. Elle est considérée comme étant une étape capitale de la recherche, durant cette dernière, le chercheur tente de se familiariser avec son sujet et avec le terrain afin d'élaborer son guide d'entretien et de formuler ses hypothèses de recherche, elle permet aussi de recueillir des idées et des informations concernant le thème de recherche, d'avoir des renseignements sur le terrain, concernant la population visée. Elle permet aussi de cerner le thème de recherche et de vérifier sa faisabilité (Cario, 2000, p, 113).

Selon **Chauchat** la pré-enquête est la phase d'opérationnalisation de la recherche théorique elle consiste à définir des liens entre, d'une part les constructions théoriques schémas théoriques ou simplement cadre conceptuel selon le cas, et d'autre part les faits d'observation. La pré-enquête est la phase préparatoire de l'enquête, c'est une étape de la recherche des hypothèses possibles, mais des hypothèses vérifiables à travers un cadre théorique afin de déterminer nos hypothèses et nos objectifs (Chauchat, 1999, p63).

Nous avons effectué notre pré-enquête au sein de l'association Espérance contre l'autisme Akbou (Bejaia) 05 jours, de 19/02/2023 à 23/02/2023.

Dans le but de vérifier la faisabilité de cette thématique ayant trait aux enfants autistes, la première étape que nous avons effectuée était de procéder à une recherche bibliographique, que ce soit au sein de la bibliothèque de notre université, sur internet notamment le portail SNDL, ASJP et PNST ou theses.fr ou en sollicitant notre promotrice, des enseignants de notre université ou d'ailleurs, afin d'avoir suffisamment d'informations ou de connaissances qui va nous permettre de retenir nos indicateurs et d'élaborer notre question de recherche, et plus tard nos chapitres théoriques, et notre démarche méthodologique. En effet, cette première étape nous a permis de récolter la documentation qui a un lien direct avec notre thème ou l'une des variables de celui-ci ou qui s'en approche. La deuxième étape effectuée était de palper le

terrain avant de prendre la décision finale, en se dirigeant vers l'association Esperance tous contre l'autisme à Akbou, nous nous sommes présentée en tant que mastérantes en psychologie clinique, où on a discuté avec la présidente de l'association sur notre thématique de recherche, ensuite on a discuté avec le psychologue de l'association ainsi que l'orthophoniste.

4-2 L'enquête

L'enquête est un outil et un processus pour obtenir et valider l'information destinée à l'analyse, elle nous a permis de collecter des données.

Notre enquête a été effectuée au sein de l'Association Espérance pour l'autisme Akbou où s'est réalisée notre population d'étude dans une période de temps qui s'étale du 25/02/2023 à 04/04/2023, 2 séances chaque semaine et ça nous a permis de valider notre thème de recherche « le comportement adaptatif chez les enfants autistes ».

On a commencé par la passation de l'entretien semi directif avec les parents après avoir leur consentement et on a finalisé avec l'application de l'échelle québécoise de comportement adaptatif.

Dans notre population d'étude, nous avons rencontrés des parents qui ne comprennent pas la langue française alors, nous avons traduit le guide en kabyle pour arriver à acquérir les réponses.

5- La population de la recherche

Notre population de recherche comprend (04) cas que nous avons sélectionnés sur notre thème les comportements adaptatifs chez les enfants autistes, ces enfants âgés entre 6 et 10ans.

Pour protéger l'anonymat du patient, le nom du patient a été modifié et remplacé par un autre nom.

5-1- Les caractéristiques de la population

Tableau n°05 : Les caractéristiques de la population d'étude

Noms des	Age	Fonctions de la mère et le père	La situation	Nombre
----------	-----	---------------------------------	--------------	--------

cas		Père	Mère	socio-économique	d'enfants
Amine	6 ans	Comptable	Femme au foyer	Moyen	03
Anis	8 ans	Commerçant	Femme au foyer	Moyen	03
Khoukha	10 ans	Policier	Femme au foyer	Moyen	02
Fateh	08 ans	Agent de sécurité	Femme au foyer	Moyen	04

Synthèse

Le présent chapitre synthétisée l'importance de la méthodologie dans tout travail ou recherche scientifique, elle est considérée comme une partie principale dans une recherche, et dans l'objectif d'atteindre les résultats qui seront soumis à l'analyse et l'interprétation et leurs vérifications par rapport aux hypothèses posées initialement.

Chapitre V

Interprétation, Analyse et discussion des hypothèses

Préambule

Nous allons aborder dans le chapitre qui suit, la discussion des hypothèses afin de répondre à la question de notre problématique et ce dans l'objectif d'affirmer ou d'infirmes nos hypothèses.

Pour la réalisation de cette recherche, nous nous sommes entretenus avec nos cas de recherche dans l'objectif de réunir et rassembler des informations en relation avec les enfants autistes, les comportements adaptatifs.

De ce fait et afin qu'on puisse accéder à ces informations, nous avons opté à l'utilisation d'un entretien clinique semi directif et une échelle québécoise de comportements adaptatif.

1-La présentation des cas

1-1 Les données de l'entretien cas N° 01 « Amine »

Axe n°01 : les informations personnelles sur l'enfant et la famille

Amine est un garçon âgé de 9 ans, il est issu d'une famille qui se compose de 02 frères et sœurs, il est le deuxième enfant de la famille et parmi sa fratrie. Amine a été intégré dans l'association « **Espérance tous contre l'autisme** » à Akbou en 2022 quand il avait 7 ans, la maman d'Amine est une femme au foyer et son père est un comptable dans une usine, la situation socioéconomique est moyenne, Amine est le seul enfant qui souffre d'autisme dans ses frères et sœurs et aussi il n'a pas une bonne relation avec eux il préfère de rester toujours seul. Il avait 18 mois quand ses parents découvrent que leur fils est autistique et leurs réactions ont été choquantes parce que leur fils était bien avant mais avec le temps ils ont accepté sa maladie.

Axe n°02 : les habilités pratiques et sociales chez l'enfant

D'après la maman d'Amine, comme tout enfant atteint d'autisme présente plusieurs difficultés dans sa vie quotidienne. La maman dit que : «**ur isiridh ara ifasnis wahdhes ama jiyth nekki Yerna qaryas a chaque fois ilaq adisired wahdhes**» (Amine il se lave jamais les mains seul jusqu'à sa maman le prend et lui dit à chaque fois qu'il faut se laver les mains avant de manger, après la toilette, après de jouer ...), on a posé la question de si elle s'habille seule elle répond avec un souffle : « **jamais itlousou lqachis wahdhes même que j'essaye asesnamey anchtha yettagi yarna yas yelsa wahdes jamais athniq3ed** » (qu'il s'habille jamais seul même si elle le répète à chaque fois qu'il faut s'habiller seul mais il fait aucun

effort et même si par exemple son pantalon il tombe un peu il essaye pas de le ranger, et aussi quand il a froid ou chaud dans ses habits il réclame jamais).

En remarque à travers le discours de cette maman qu'Amine il fait aucun effort pour s'améliorer même si la maman elle fait tout son possible pour lui, en précisant cela dans cette phrase : « **emmi uyezmir adixdem kra iwahdhes** » alors que son fils il est incapable, il peut rien faire et qu'elle est trop peur qu'il reste dans cette phase et ne jamais avancé.

Et pour ce qui concerne de manger seul, la maman disait qu'elle fait tout son possible pour qu'il mange seul et elle a réussi enfin et même qu'il mange seul il salit la table et ses vêtements.

Et pour le sujet de la toilette, il ne part pas seul et il ne demande jamais de l'aide en précisant que amine il n'utilise pas la toilette tout seul si nous le prenons pas, si l'est obligé il comble ses besoins dans ses vêtements même que la maman elle lui répète toujours de demander de l'aide ou bien de partir seul.

A propos le sommeil, la maman annonce que son fils dort à 21h maximum sans aucune difficulté avec ses frères et ne se réveille pas durant la nuit, le matin à 8h il est éveiller. En rajoute une autre question à la maman concernant cette Axe, nous avons demandé est ce qu'amine dépend des autres ou pas elle répond avec une tristesse : « **malheureusement oui, ghas jiyth wahdhes adixdem lehwayej-is uyxdem ula d kra** » (même si elle le laisse faire ses besoins seuls mais il ne fait rien parce qu'il est dépendu toujours de sa maman ou de son père).

Axe n°03 : les habilités conceptuels chez l'enfant

De ce qui concerne le langage et la communication selon la maman de Amine, il n'arrive pas à communiquer verbalement et à transmettre le message, quand il veut quelque chose il communique avec des gestes par exemple avec ses mains, aussi ce qu'on a remarqué durant la durée du stage quand on à observer les comportements de Amine, il été un peu agressive avec lui-même il se mord trop ses mains au point qu'il a des cicatrices, ce qui a confirmer sa maman dans cette phrase : « **ilaq ara ak an3ged felas parce que chwiya kan adivdu aditteyzaz afus-is** ». Nous avons demandé à la maman de nous expliquer pourquoi il fait ces comportements elle nous a dit qu'il est très nerveux et des fois même il fait des crises

de colère quand on crie sur lui il mord sa main et ils ont essayé d'éliminer cette habitude mais c'était très difficile et même dans l'association ils n'arrivent pas.

Pour le comportement d'amine lorsqu'il confronte à une nouvelle situation, la maman à exprimer avec un grand chagrin qu'il aime pas beaucoup de gens dans l'entourage et quand il se retrouve dans un groupe de gens qui ne connais pas il commence à crier et pleurer, dans cette citation : « **uyhmil ara ak l3ivad ugesin ara** ».il se concentre jamais et il n'arrive même pas à construire une phrase, il jette juste des mots incompréhensible même les lettre ne sont pas clair.

On rajoute à la maman une autre question pour bien cercler cette Axe mais aussi pour savoir si Amine s'exprime ses émotions (la peur, la joie, l'amour) envers les autres et devant tout le monde ? La maman nous répond ainsi : « **yettagad koulech ittfar ma yagad ma3na ma difrah itadhsa ittserfiq** », Amine est très sensible, quand il est peur il se cache dans un coin et il crie sans faire aucun bruit mais quand il est content il rit, il saute et il applaudi avec tout sa force et sans oublier que c'est vrai qu'il n'a pas une bonne relation avec ses frères avant mais maintenant il commence bien à être gentille avec eux et quand ils s'approche de lui il s'éloigne. Avec un grand souffle la maman dit aussi : (Amine il est très proche de moi et son père mais sur tout moi toujours avant qu'il dort il me fait un câlin plein d'amour).

Et pour finir cette Axe en a rajouter une dernière question pour bien comprendre comment amine gère le moment sociaux tels que les jeux, les fête d'anniversaires ou les sortes en famille, elle à affirmer que son fils il reste tranquille dans sa place et il ne bouge pas mais quand il y a des étranger il se sent mal alaise.

Axe n°04 : le comportement de l'enfant

D'après le discours de la maman dans l'entretien, Amine il gère jamais les situations de stress et d'anxiété, quand il s'énerve ou il angoisse il devient très agressive par exemple (il crie, il se cogne la tête contre le mur, il tombe au sol et s'effondre...) en général il fait des crises d'angoisse et même il frappe les autres sur tout il mord sa main .la maman été désespérer quand elle est entrain de répondre à cette question sur tout dans ces mots : « **ur zriy ara ak amek asxmey ma difqe3 ttagadeg adqarvey yures** », on remarque également un autre point à partir du discours de la maman. Amine quand il a de bruit fort il réagit agressivement, il se sent stressé et il commence à crie mais par contre la lumière elle lui dérange pas même que on la laisse toute la nuit il dort normal, elle raconte la maman : «

Amine ma yella nejat sans dérangement ityimi tranquille ur ittnja3 lahed », (Amine il est tranquille juste on lui dérange pas et en le laisse faire ce qui veut, elle rajoute aussi qu'il aime beaucoup s'asseoir devant la fenêtre il peut rester des heures là-bas sans bouger).

Concernant Amine comment il interagi avec les autres enfants et les adultes, la maman précise que son fils au début de sa maladie il reste toujours seul et il s'approche pas des personnes mais depuis sa prise en charge dans l'association il commence un peu de s'intégrer au groupe et jouer avec des enfants même ses frères dans la maison.

pour ces tâches et les activités quotidiennes la maman indique que son fils est très lourd dans tous les activités par exemple quand il brosse les dents il prend beaucoup de temps environ 15 minutes et même pour manger environ 30 minutes pour terminer, elle exprime la maman dans cette phrase : « **lweqth iw ak srohuyeyt dges tt3asayt Zayy grave g lehwayej-is** », la plus part du temps de la maman il passe juste pour amine, elle surveille ses comportements par exemple quand il se lave, entrain de manger, même qu'elle le laisse des fois s'habiller seul il dure environ 20 minutes aussi.

A propos l'adaptation aux changements chez Amine, la maman déclare que son fils il s'adapte aux changements dans son expression : « **Amine ihmel imukan ijdhidhen même ilindi neguj ar uxxam ajdhidh ifreh mlih i3jvas lhal dina ula d nekki farhey mlih imi tzriy akeni** » (Amine il adore des nouveaux endroits et même l'année passée ils ont déménagé à une autre maison, la joie d'Amine ce jour-la ne reviens pas, la maman été très heureuse même elle à les larmes aux yeux).

Elle rajoute la maman « **ma nefey en famille ar kra umtiq calme Amine itili alaise** », (quand ils sorts en famille à un endroit calme et faire un pique-nique, Amine il se sent très alaise).

On comprend grâce à la prise en charge, Amine à améliorer par rapport à avant, il est devenu plus autonome et ça prise en charge l'aide à éliminer les points négatifs.

- **Les Résultats de l'échelle Québécoise des comportements adaptatifs appliqué sur le cas « Amine »**

Tableau n°06 : Résultats de la sphère de l'autonomie

Sphère	Question	Libellé	Score	Maximum
Autonomie	01-23	Alimentation et cuisine	22	46
	24-31	Hygiène	02	16
	32-36	Utilisation de la toilette	02	10
	37-47	Habillage-déshabillage	06	22
			32	94

Les résultats de l'échelle dans la sphère de l'autonomie sont faibles ce qui confirme qu'amine il est déficient de l'utilisation des tâches quotidiennes, il est capable d'avaler les aliments purée et manger avec ses doigts et aussi ne démontre jamais d'opposition lorsqu'une personne retire la cuillère de sa bouche, il ne refuse pas de prendre des petits aliments avec ses mains, Amine il arrive à manger seul mais inconsciemment il renverse beaucoup même on lui dit mais il s'en fiche.

Concernant l'hygiène, on remarque d'après les résultats qu'il n'arrive pas même à se laver les mains seul même qu'il connaît bien son corps mais il n'arrive pas à se savonner ou s'essuyer tout seul. Et pour l'utilisation de la toilette aussi il ne part pas seul donc on résume qu'amine il est très faible d'autonomie de la vie quotidienne mais il arriver comme même à améliorer ça depuis qu'il été dans l'association.

Tableau n°07 : Résultats de la sphère des habiletés domestique

Sphère	Question	Libellé	Score	Maximum
Habiletés domestiques	48-51	Vêtements	00	08
	52-56	Intérieur	00	10
	57-62	Réparation	00	12
	63-65	Sécurité	00	06
	66-67	Extérieur	00	04
			00	40

On observe aussi dans les résultats de la sphère des habiletés domestique à un niveau très faible par rapport à son âge qui est un peu petit pour gérer ces comportements. Et même de lui demander de déposer des déchets aux bons endroits il ne le fait pas il les jette par terre et même s’il fait un dégât il nettoie pas il change de place direct même par exemple il sale ses vêtements il les laisse sans aucun dérangement alors qu’en ce moment dans cette association ils arrivent un peu de lui changer et d’enlever sa veste par exemple si elle salit.

Amine il essaye de s’évolue avec le temps même qu’avant il n’arrive pas mais en ce moment il fait des efforts pour se développer..

Tableau n°08 : Résultats de la sphère dès la santé sensori-moteur

Sphère	Question	Libellé	Score	Maximum
Santé et Sensori-moteur	68-75	Santé	01	16
	76-91	Motricité fine	15	32
	92-106	Motricité globale	21	30
			40	78

Remarquant que le sujet de la santé les résultats obtenus sont moyennes, à propos de prendre des médicaments sans démontrer d’opposition mais il ne prend pas ces médicaments seul, et pour la motricité fine le résultat il est bien comme même par exemple il est capable de tourner les yeux vers un objet et de le prend momentanément et aussi il suit ces objets avec ses yeux. Amine il a la capacité de tracer des lignes avec ses droits à l’aide de peinture ou tourner les pages d’un livre à la fois. Tandis que dans la motricité globale en trouve qu’il est capable de s’asseoir et de rester en position assise, de monter les escaliers, de descendre, capable d’avancer et reculer à quatre pattes mais juste il n’arrive pas à sauter par exemple ou courir.

Tableau n°09 : Résultats de la sphère de communication

Sphère	Question	Libellé	Score	Maximum
Communication	107-122	Expression	07	32
	123-130	Réception	10	16
	131-141	Langage élaborer et complexe	00	22

17	70
----	----

À partir des résultats de la sphère de communication on trouve que sont vraiment déficients, à propos de l'expression il n'exprime pas vraiment avec des gestes ou des mimiques pour comprendre ce qui veut même qui il a besoin de quelque chose ou un objet il le montre pas à la personne pour lui donner, il prononce aucune lettre au début de sa maladie même de répondre à des gestes ou des questions simples. Malgré qu'il n'exprime pas avec des mots mais il arrive à comprendre par exemple si on l'interpelle il se retourne pour voir, il se tourne la tête pour localiser la source d'un bruit, il regarde la personne qui parle. Il arrive en ce moment de faire des petits gestes comme (bye-bye) quand une personne qui apprécie lui demande, donc il se rend compte un peu malgré les difficultés.

Tableau n°10 : Résultats de la sphère des habiletés préscolaire et scolaires

Sphère	Question	Libellé	Score	Maximum
Habiletés préscolaire et Scolaires	142-146	Graphisme	04	10
	147-151	Notion de Temps	00	10
	152-158	Mathématique Pratique	00	14
	159-162	Lecture	00	08
	163-164	Ecriture	00	04
			04	46

Dans les résultats de la sphère des habiletés préscolaire et scolaires, Amine obtenu un score très peu, concernant le graphisme il n'écrit pas même de lui montrer un exemple (une lettre, un numéro) il le dessine même pas il fait juste des traits horizontal et vertical et des griffonnées d'une façon dispersée, à propos de la notion du temps le score est **00** donc il indique aucun des trois intervalles de la journée (matin, après-midi, soir). Amine il n'arrive pas à compter même quelques numéros, donc ce dernier il n'a pas fait un chemin pour développer les habiletés préscolaires malgré les efforts de membre de famille et de l'association il n'a pas réussi à s'améliorer dans cette sphère.

Tableau n°11 : Résultats de la sphère de socialisation

Sphère	Question	Libellé	Score	Maximum
Socialisation	165-183	Interactions	14	38
	184-193	Déplacement	06	20
	194-196	Ressource communautaires	00	06
	197-200	Magasinage	00	08
	201-204	Services bancaires	00	08
	205-210	Loisirs	03	12
			23	92

Au sujet de la sphère de la socialisation Amine à obtenu un score un peu sous moyenne, quand en parle d'interactions en trouve qu'il réagit à des bruit et il se tourne la tête c'est vrai qu'il établit pas le contact visuel mais il sourit lorsqu'on lui sourit, il s'approche des personnes qu'il connaît alors que avec ses pairs il se possède aucune interaction même avec ses frères il trouve des difficultés à jouer avec eux, pour le déplacement, il est capable de se déplacer dans la maison entre les chambres et la cuisine et dans l'association aussi entre les classes mais pour sortir tout seul ou utiliser le transport il est incapable.

À propos les ressources communautaires magasinage et les services bancaire, Amine il est encore petit pour gérer ces comportements qu'il ne connaît pas, par contre concernant loisirs en note que amine il aime bien sortit avec ses proches et découvrir des nouvel endroits calme pour s'amuser.

Tableau n°12 : Résultats de la sphère des Habiletés de travail

Sphère	Question	Libellé	Score	Maximum
Habiletés de Travail	211-221	Habiletés d'emploi et Recherche d'emploi	NP	22
	222-225	Comportements et relations Interpersonnels au travail	NP	08

00	30
-----------	-----------

Dans cette échelle dans la partie de la sphère des habiletés de travail en note **00** car tous les scores sont **NP** (non possible) vu que ces comportements sont inappropriés par rapport à son âge et son environnement physique qui ne lui permet pas de les faire.

Tableau n°13 : Résultats de la sphère des comportements inadéquats

Sphère	Questions	Libellé	Score	Maximum
Comportement inadéquats	226-233	Comportements stéréotypés	06	24
	234-241	Comportement de retrait et d'inattention	08	24
	242-275	Habitudes et comportements inacceptables	31	102
	276-298	Comportements Antisociaux	02	69
	299-308	Comportement Sexuels inadéquat	00	30
	309-316	Comportements de violence ou d'agression	09	24
	317_324	Comportements d'automutilation	10	24
			66	297

D'après les résultats de la sphère des comportements inadéquats, le résultat sont moyens **66/297** en arrive à comprendre qu'Amine il manifeste des comportements stéréotypés comme par exemple il bouge sa tête mais légèrement, bouge constamment ses mains. Concernant les comportements de retrait et d'inattention on remarque Amine il peut rester assis dans la même position pour de grandes période de temps alors qu'il évite également le contact visuel et parmi ces habitudes inacceptable en trouve que cet enfant il applique des

mauvaises habitudes par exemple de manger des objets non-comestibles, ramasse et conserve toutes sortes de choses inappropriées, déchire ses vêtements et de papier..., pleure ou rit sans raison apparente, lance des objets lorsqu'en colère...etc. on observe aussi dans le résultat des comportements antisociaux que Amine c'est un enfant qui provoque pas des problèmes aux autres vu qu'il a un manque de communication il prononce aucune lettre qui lui permet de s'exprimer verbalement sauf que dans les comportements de violence ou d'agression on remarque également qu'il agressive avec les autres et lui-même par exemple il se crache les autres même ses proches quand il s'énerve, déchire des livres, des journaux tous qui est pré de lui et sur tout l'automutilation, Amine avant quelque années il se mord trop ses mains, il se frappe, se gratte exagérément alors que depuis qu'il été dans cette association il arrive comme même à diminuer ses comportements avec le temps et de gérer s'agressivité par rapport avant.

Synthèse du cas n°01 « Amine »

D'après l'entretien semi-directif avec la maman d'Amine et de l'échelle Québécoise des comportements adaptatifs, on déduit que Amine est un enfant qui souffre d'autisme d'un niveau sévère vu que les résultats sont faibles dans les sphères d'autonomie, habiletés domestique, la communication et même la socialisation donc cet enfant contient plusieurs difficultés par exemple la déficience d'utilisation des tâches quotidiennes même concernant l'hygiène il n'arrive même pas à se laver les mains seul. Et pour la communication il est incapable de prononcer une seule lettre ou communiquer avec des gestes.

Amine est un enfant timide qui évite au maximum le contact visuel, même à propos les comportements inadéquats on trouve que cet enfant a plusieurs comportements inacceptables par exemple de manger des objets purée par contre il est timide il peut rester assis dans la même position pour grandes périodes du temps. On remarque aussi dans les comportements d'agression et d'automutilation qu'Amine est violent un peu envers les autres, quand il est en colère il casse des objets et frappe des autres.

Durant l'entretien avec la maman elle déclare que son fils il mord trop ses mains, il se frappe, se gratte exagérément alors que pendant l'observation dans la prise en charge il n'est pas trop agressive, donc grâce à cette dernière il arrive à déminer les mauvaises habitudes.

1-2 Les données de l'entretien cas n°02 : « Fateh »

Axe n°01 : les informations personnelles sur l'enfant et la famille

On commence notre entretien avec la sœur de Fateh qui âgée de 8 ans, le père de Fateh est un agent de sécurité dans un école et la mère est une femme au foyer, sa famille se compose de 3 sœurs et 1 seul frère. Fateh est le plus petit dans sa fratrie, la situation socio-économique est moyenne, d'après la sœur de Fateh est le seul enfant autiste dans sa famille au tant qu'il est le plus petit est très gâté par ses frères ils aiment beaucoup jouer avec lui et lui laisser faire ce qui veut mais il préfère rester seul. Quand il avait 7 ans sa famille découvre que leurs fils est autistique, la sœur déclare que leurs réaction été très triste sur tout sa mère elle n'a pas acceptée sa maladie jusqu'à maintenant.

Axe n°02 : les habilités pratiques et sociales chez l'enfant

Pour la première question de cette Axe, est-ce-que Fateh il se lave les mains seul, selon la réponse de la sœur, son frère il aime bien se laver les mains tout seul et plusieurs fois : « **oui Fateh isiridh ifasnis wahdhes avant adyech et même après dhayen ma difak le3b** » (son Frère il se lave les mains avant de manger aussi après de jouer, ils lui apprirent ça depuis qu'il était petit). on a rajouter une question, est-ce-que il s'habille seul aussi la réponse été oui : « **ittlusu wahdhes mais des fois uyttq3ad ara lqechis** », (il s'habille seul mais des fois d'une façon dispersé, tellement Fateh est le plus petit dans la famille ils lui surveille tout le temps et ils essayent de corriger ses comportements .pour la troisième question-là on à poser la question sur l'autonomie et est ce qu'il arrive à manger correctement avec les cuillères, d'après la sœur, Fateh il mange correctement mais sauf 2 cuillère il arrête, il préfère de manger juste des bonbons et des chocolats alors qu'il mange jamais de la nourriture).

La sœur de Fateh elle été inquiété pour son frère parce que pour elle Fateh c'est son point faible, Quand elle parle de lui elle a les yeux qui brille d'amour pour lui.

Puis dans la quatrième question est sur l'utilisation de la toilette, la sœur déclare qu'il ne trouve pas beaucoup de difficultés dans la toilette, il ne la fait pas souvent correctement il est généralement besoin d'aide mais aussi quand il en à besoin il le demande à ses proches, et cela il est rapporter par sœur, il ne le fait pas souvent sa toilette tout seul mais il ne part pas seul et quand il termine la mère ou la sœur rentrant pour lui laver.

Concernant Fateh qu'il a besoin de quelqu'un pour l'aider à s'endormir ou se réveiller, la sœur explique que son frère préfère toujours s'allonge avec sa maman avant de dormir disait que : « **mara azdhegi yemma i Fateh akken adigen toujours iqaras qim yidi ama gney** » (la mère quand elle prépare Fateh à dormir demande à sa maman de rester avec lui

jusqu'il dort). On comprend que ce petit Fateh même qu'il préfère de rester seul dans la journée mais au moment de dormir il se sent en sécurité juste avec sa maman.

Concernant la dernière question dans cette Axe est sur Fateh il dépend des autres ou pas ? Exprime la sœur que son frère dans la maison tellement il est entouré de la famille et toujours contrôler, il dépend sur les membres de famille par contre dans l'association on a observé que Fateh il fait ses besoins seul il dépend de personne, donc il suspendu juste à sa famille.

Axe n°03 : les habilités conceptuels chez l'enfant

A propos du langage de Fateh il utilise le langage verbal, il arrive bien à transmettre le message il essaye au maximum jusqu'au ce qu'il arrive à être compris par l'autre c'est-à-dire quand on lui demande quelque chose qu'il ne veut pas il répète la phrase qu'on a dit plusieurs fois est en comprend qu'il refuse. Il arrive donc à construire une phrase simple ou à répondre par un seul mot. En autre, lorsque nous avons posés la question sur le comportement de Fateh lorsqu'il est confronté à une nouvelle situation, la sœur affirme que son petit frère il est très sensible même face a des nouvelles situations il devient trop timide, calme, il pleure des fois même que dans la vie quotidienne il est hyper active. il arrive à lire et écrit des lettre et des numéros jusqu'au 10 mais plus que ça il fonctionne pas : « **en essaye ak lweqth ney akken adihfedh plus n les numéros ak d lhorouf ma3na yettagi adifhem negh adi concentrer** » donc c'est que dans la famille ils essayent tout le temps de lui apprendre plus de lettres et des numéros mais il se concentre jamais, depuis qu'il est dans cette association il arrive un peu de lire tout doucement les lettres et se concentrer quand il écrit Fateh par exemple dit la sœur : « **izmer adihder toute une phrase** », (Fateh il arrive bien à se construire une phrase bien précise c'est-à-dire de transmettre le message par exemple dit la sœur : « quand il a faim il dit directement je veux manger ou bien je vais aller au toilette », (il exprime bien ses besoins mais pas plus que ça).

Quand il s'agit des sentiments, Fateh il exprime souvent devant tout le monde ses émotions, la sœur disait que Fateh : « **ghas aka ittsethi mais itthusu s koulech** », (malgré sa timidité devant les gens il ressent quelque chose pour l'autrui, il exprime sa tristesse avec les larmes aux yeux, sa joie avec un gros sourire et sa peur avec le crie, rajoute la sœur que des fois ils arrivent pas à croire qu'il est malade tellement il s'exprime tout et même quand il joue

par exemple dans la maison avec ses frères et ils crie sur lui ou bien de lui frapper, il exprime sa juste avec des larmes sans disait qui lui a fait ça).

Enfin, en rajoute une question sur l'enfant gère-t-il les moments sociaux tels que les jeux, les fêtes d'anniversaires ou les sorties en famille ? répond la sœur : « **Fateh uqvel adikchem ar l'association agi ittyimi kan imamis jamais ihedrayd negh ityimi yidney gexam** », (son frère avant il s'isole trop même dans les fêtes d'anniversaires par exemple, il ne joue pas avec des autres enfants, quand il a beaucoup de gens il préfère de rester dans un coin avec son petit jeux sans regarder personne mais depuis qu'il est dans cette association, il commence un peu d'être sociable, jouer avec des autres enfants de son âge).

On résume que cette association apporte a Fateh beaucoup de changements positifs et de s'éloigner les comportements insignifiants.

Axe n°04 : le comportement de l'enfant

En parlant d'anxiété et les situations du stress, Fateh est un jeune garçon qui présente pas d'énorme difficultés au niveau d'anxiété, il arrive à gérer un peu par exemple quand il s'énerve dit la sœur : « **ayen idyufa zathes athirez ami nuyal nekkes koulech même leqloul gekham ula d les jeux ines irzaten** », (il casse tousqu'est près de lui et ils ont enlevé tous les trucs danger dans la maison, mais récemment il commence à éliminer ce stress. Aussi concernant les confrontations des stimuli sensoriels de petit Fateh, confirme sa sœur que le bruit fort il lui fait trop peur comme il est très timide), expose la sœur dans cette phrase : « **Fateh daqchich yettagad ula g lexyal-is alors là ma « 3egden fella-s warrach ney yennuy ney yella attas n le bruit sur tout anda ellan lyaci ttnayen dina atafed yettru ney yefer g kra n le coin yettru dina** », c'est-à-dire où il a d'éclatement de personnes il se cache dans un coin et il pleure.

Elle rajoute la sœur à propos de la question suivante sur les interactions avec les autres enfants, on a observé durant le stage pratique c'est vrai il s'isole mais quand il voit beaucoup d'enfants ils jouent avec des jeux qui aime il intègre le groupe et aussi dans l'association ils contribuent Fateh pour qu'il joue avec les enfants et il le fait. La sœur compléter ça dans le discours : « **Fateh imi tidyevda lahlak agi jamais ittel3ab d hed yas aka nexdem koulech 3lajalis nett3awanit après s lweqth chwiya yuyal yettyimi ddimechtuhen ittl3ab yidsen** » (au début de sa maladie il s'isole tout le temps il refuse le rapprochement avec les enfants

même avec les adultes (la famille), ainsi avec l'orientation de l'association il arrive à communiquer un peu et à gérer ses situations).

Et pour les activités quotidiennes comme Fateh il est hyper actif affirme sa sœur qu'il est active dans ses tâches par exemple quand il brosse ses dents ou il s'habille il ne prend pas beaucoup du temps, il termine rapide même que ne les faire pas juste déclare la sœur : « nous essayons toujours de lui s'habituer de faire ces activités tout doucement et calmement et qu'il peut prendre du temps mais il n'arrive pas à les faire ».

Avant que Fateh intègre cette association disait la sœur : « **uyezmir ara ak adivdel antiq hacha gexam kan igettyimi, negith achehal tikal akken adikchem ar la crèche yugi Asma anawedh ar dina uxittserih ara ak** » rajoute la sœur : « **chfiy imi thidnegi ar l'association agi pour la première fois yarwa imetawen yugi ak adiqim dina ney adihves le3yad** » (il s'habitue jamais dans un nouvel endroit, il préfère de rester juste à la maison même le premier jour dans l'association il a pas arrêté de crier mais la psychologue et l'éducatrice elles ont essayé au maximum de lui calmer et elles ont réussi finalement).

En résumé que cette association elle apporte beaucoup de changements à l'adaptation de Fateh aux changements à des nouvelles situations, endroits...

- **Résultats de l'échelle Québécoise du comportement adaptatif appliquée que « Fateh »**

Tableau n°14 : Résultats de la sphère de l'autonomie

Sphère	Question	Libellé	Score	Maximum
Autonomie	01-23	Alimentation et cuisine	25	46
	24-31	Hygiène	06	16
	32-36	Utilisation de la toilette	08	10
	37-47	Habillage-déshabillage	09	22
			48	94

Le score obtenu dans la sphère de l'autonomie est **48** qui veut dire moyenne, concernant l'alimentation Fateh il avale les aliments purée sans aucune hésitation, il mange seul mais il renverse de la nourriture sur ses vêtements et sur la table et ça lui dérange pas de voir qu'il est sale en plus il ne démontre pas d'opposition lorsqu'une personne retire la cuillère dans sa bouche il préfère de tienne des petits aliments dans ses mains.

Ensuite, pour le sujet de la toilette il demande régulièrement d'aller et quand c'est nécessaire il part seul et il reste assis sur la toilette même si on le laisse seul il arrive brièvement à nettoyer ses mains et son visage mais pas son corps ou ses cheveux. Fateh il enlève ses vêtements tout seul mais d'une façon dispersée il ne s'habille pas correctement par exemple il n'attache pas ses boutons juste, il ne monte pas sa fermeture-éclair.

Tableau n°15 : Résultats de la sphère des habiletés domestique

Sphère	Question	Libellé	Score	Maximum
Habiletés domestiques	48-51	Vêtements	01	08
	52-56	Intérieur	02	10
	57-62	Réparation	NP	12
	63-65	Sécurité	00	06
	66-67	Extérieur	NP	04
			03	40

Pour les résultats de la sphère des habiletés domestique Fateh a obtenu un score de **03/40** qui est un résultat très faible, à propos des vêtements il n'arrive pas à les ranger ou les laver comme l'enfant est trop jeune pour qu'il gère ce genre de comportements.

En effet, quand on lui demande par exemple de déposer les déchets aux bons endroits (poubelle, corbeille) il arrive à le faire mais si on le demande pas il les laisse il bouge rien et pour la réparation, sécurité et extérieur on a noté **00** par rapport à son âge qu'il ne peut pas guider pas ces comportements.

Tableau n°16 : Résultats de la sphère de la santé sensori-moteur

Sphère	Question	Libellé	Score	Maximum
Santé et Sensori-	68-75	Santé	01	10
	76-91	Motricité fine	23	32

moteur	92-106	Motricité globale	25	30
			48	78

On remarque que les résultats de la sphère de la santé sensori-moteur Fateh à un niveau un peu élevé ce qui confirme que dans la motricité fine il est capable de prendre des objets de taille moyenne, les tourne et les relâches, suit ces objets avec ses yeux et même fait passer les objets d'une main à l'autre.

Ensuite, même pour la motricité globale le niveau il est élevé par rapport au comportement de Fateh il arrive facilement à courir, sauter, adopter la position de « quatre-pattes », ramasser un objet sans tomber, est un enfant hyperactif plein d'énergie.

Tableau n°17 : Résultats de la sphère de communication

Sphère	Question	Libellé	Score	Maximum
Communication	107-122	Expression	25	32
	123-130	Réception	11	16
	131-141	Langage élaboré et complexe	08	22
			44	70

Au niveau de la sphère de communication les résultats sont bons **40/70** Fateh il arrive à s'exprimer bien verbalement sauf quelques mots et non verbalement, il exprime avec des mots et avec des gestes et des mimiques, il répond quand on l'interpelle, exprime la possession (moi, mon, à moi), il nomme quelques objets familiers. Donc il est capable de s'exprimer pour transmettre le message même par cris pour qu'il puisse être compris.

Au niveau de la réception et le langage élaborer en trouve qu'il gère à regarde la personne qui parle, tourne la tête et localise visuellement la source d'un bruit, montre un objet sur demande et nomme quelques éléments d'une image lorsqu'on lui montre.

Tableau n°18 : Résultats de la sphère des Habiletés préscolaire et scolaire

Sphère	Question	Libellé	Score	Maximum
Habiletés préscolaire et Scolaire	142-146	Graphisme	07	10
	147-151	Notion de temps	01	10
	152-158	Mathématiques	01	14

		pratique		
	159-162	Lecture	01	08
	163-164	Ecriture	02	04
			12	46

De ce qui concerne les résultats des habiletés préscolaire sont un peu faible **12/46** alors que ce résultat ne gêne pas Fateh à gérer le graphisme comme il arrive à fait des traits horizontal et vertical, trace un carré selon un exemple, lit des chiffres il peut aussi écrit des lettres selon un exemple à dessiner et colorier. On remarque aussi que cet enfant il compte jusqu'à 10 et ce développement améliorer grâce à la prise en charge de cette association.

Tableau n°19 : Résultats de la sphère de la socialisation

Sphère	Question	Libellé	Score	Maximum
Socialisation	165-183	Interactions	17	38
	184-193	Déplacements	05	20
	194-196	Ressources communautaires	NP	06
	197-200	Magasinage	NP	08
	201-204	Services bancaires	NP	08
	205-210	Loisirs	02	12
			24	92

En arrivant à la sphère de socialisation, Fateh à obtenu un score faible par rapport au maximum **24/92**, concernant les interactions il arrive à bien réagir au bruit et à son nom même il établit le contact visuel, manipule un jeu ou un objet. Fateh est un enfant qui peut s'approcher des personnes qui connaît et les saluer alors qu'avec les enfants de ses pairs il procède aucune interaction avec eux. Pour le déplacement, il se déplace lorsque l'adulte l'appelle ou lui fait un signe mais juste le membre de sa famille ou les enseignants dans l'association par contre le voyages par le transport seul, il n'est pas capable par rapport à son âge qu'il est encore petit à faire ces comportements.

Concernant le magasinage, services bancaires c'est NP (non possible) qui veut dire Fateh est encore un enfant donc il est incompetent à ce genre de comportements.)

Tableau n°20 : Résultats de la sphère des habiletés de travail

Sphère	Question	Libellé	Score	Maximum
Habiletés de Travail	211-221	Habiletés d'emploi et de recherche d'emploi	NP	22
	222-225	Comportements et relations interpersonnels au travail	NP	08
			00	30

Pour le niveau des habiletés de travail on note non possible c'est-à-dire le score est **00** par rapport à l'échelle québécoise de comportement adaptatif en coche « NP » non possible pour ce type d'habiletés, et cela signifie que l'environnement physique de la personne ne lui permet pas de faire le comportement.

Tableau n°21 : Résultats de la sphère des comportements inadéquats

Sphère	Questions	Libellé	Score	Maximum
Comportement inadéquats	226-233	Comportements stéréotypés	08	24
	234-241	Comportement de retrait et d'inattention	04	24
	242-275	Habitudes et comportements inacceptables	37	102
	276-298	Comportements Antisociaux	02	69
	299-308	Comportement Sexuels inadéquat	10	30
	309-316	Comportements de violence ou	05	24

		d'agression		
	317_324	Comportements d'automutilation	02	24
			68	297

Dans cette partie de l'échelle on observe que le résultat des comportements inadéquats chez l'enfant Fateh est moyen comme on peut dire que dans les comportements stéréotypés il tape trop ses pieds aussi on à remarquer quand il reste dans une chaise il se tombe trop il fait ça délibérément à chaque fois, concernant le contact visuel Fateh il n'évite pas de regarder la personne visuellement mais juste un peu de temps il se tourne car il est un peu timide.

En suite pour les habitudes inacceptables on remarque plusieurs mauvaises habitudes comme par exemple répéter un mot ou une phrase sans arrêt ou les paroles d'une autre personne, se parle tout haut, émet des bruits de gorge aussi il bave des fois, il ne reste pas assis sans intervention d'un adulte. En somme Fateh est un enfant émeutier qui fait des comportements inappropriés.

De plus, pour les comportements antisociaux il a vraiment un niveau faible, c'est vrai qu'il bouge trop mais Fateh c'est un garçon qui ne fait pas des problèmes ou des bêtises justes il ment des fois par exemple quand il fait une bêtise et il effraye il ment pour ne pas crier sur lui alors que dans les comportements sexuels inadéquats le score est **00** ce n'est pas du tout un enfant qui utilise ce genre de comportement.

En fin, ce qui concerne les comportements de violence c'est un niveau aussi faible par rapport au maximum c'est vrai qu'il crache des autres, déchire des livres dans les premiers temps dans l'association mais il arrive comme même à démineur ces difficultés. Pour l'automutilation Fateh il est capable de se tape ou se frappe mais pas souvent juste quand il s'énerve, en ce moment il arrive clairement à améliorer ses comportements grâce à sa prise en charge.

Synthèse du cas n°02 « Fateh »

D'après les résultats de l'entretien et l'échelle Québécoise des comportements adaptatifs, Fateh est un enfant autiste verbale caractérisé par un trouble de comportement qui est l'hyperactivité d'un niveau léger. D'après l'entretien effectuer ainsi que notre suivi durant le stage on trouve que Fateh à propos d'autonomie le niveau est moyen donc il arrive bien à

manger seul, d'aller au toilette, s'habiller seul mais d'une façon dispersée et rapidement il ne prend jamais du temps pour ces activités.

Pour la motricité, il est capable de saisir et prendre des objets et même il saute, il court trop il ne reste jamais dans la même place, même pour la communication, il arrive à construire une phrase simple ou des gestes pour bien transmettre le message. Observant Fateh on a conclu concernant les interactions sociales est un enfant qui ne construit aucune relation avec les adultes même avec ses pairs, pour les comportements inadéquats on observe que les résultats sont moyens et on peut noter par exemple qu'il tape ses pieds, il évite un peu le contact visuel.

En effet, pour les comportements inacceptables, cet enfant a plusieurs mauvaises habitudes comme le crie sans raison, répète des mots sans arrêt, émet les bruits, donc c'est un enfant émetteur. Malgré que Fateh intègre l'association juste depuis 3 mois mais durant la prise en charge il arrive également à commencer d'éliminer ces comportements négatifs

1-3 Les données de l'entretien de cas n° 03 « khoukha »

Axe n° 01 : les renseignements sur l'enfant et la famille

Khoukha est une fille âgée de 10 ans, elle est issue d'une famille qui se compose de 02 frères et une sœur, elle est la deuxième dans sa fratrie, son père est un policier et sa mère est une femme au foyer, leur niveau socio-économique est moyen.

On a commencé notre entretien avec le père de khoukha qui nous a expliqué qu'elle est l'unique enfant avec l'autisme dans sa famille à l'âge de 02 ans, le père dit : « **imi thegedh 3amayen th remarqué yemma-as belli ur thella ara normal, après newit, ar psychologue yenayayd d l'autisme yesfahmayd dachuth , nekki normal nighas d lahlak ad youyal ad ikkes mais tametut-iw thettru kan ar thoura** » (quand elle a arrivé 02 ans sa maman elle a remarqué qu' elle n'est pas normal, après on l'amener chez le psychologue il nous a dit que c'est un autisme et il nous a expliqué c'est quoi l'autisme . j'étais normal mais ma femme elle n'arrête pas de pleurer), donc on comprend que sa mère elle n'a pas accepté cette réalité) . Ce dernier nous rajoute également que sa fille aime trop ses frères et sa sœur, elle a une bonne relation avec eux.

Axe n° 02 : les habiletés pratiques chez l'enfant

D'après le père de khoukha, cette dernière elle représente des plusieurs difficultés dans la vie quotidienne, par exemple elle se lave jamais ses mains seule, le père confirme ça dans cette phrase : « **yelli uthsiridh ara ifasni-is wahdhes arma neggit, neqara-as a chaque fois ilaq atsiredh netath ur thfahem ara** »(ma fille elle se lave pas ses mains seule jusqu'à ce que nous la prenions , on la répète a chaque fois qu'il faut se laver mais, elle ne comprend pas, grâce à la prise en charge de cette association ma fille elle acommencé de se laver mais pas correctement).

Concernant les habilles aussi elle n'arrive même pas à rangée ses vêtements si sont détruit, dit le père : « **uqvel atkchem ar l'association agi usenshfedh ara atless wahdhes, thesnama-as yemma-as d netath kan isislousayen mais, thoura imi thkchem thughal thetlousou mais t3awanght** » (avant qu'elle est rentré à cette association on l'a appris pas de s'habiller seul c'est sa mère qui l'habille. Mais, actuellement et depuis qu'elle est rentré à l'association c'est bon elle s'habille seule mais je l'aide).

Khoukha est une fille, qu'elle n'arrive pas à manger seule par contre elle tienne la cuillère correctement et elle a comprend quand est-ce qu'on utilisé une fourchette et une cuillère mais, même qu'elle arrive à manger seule elle salit ses vêtements, déclare le père : « **a chaque fois ma ara atech theswsakh ukkith lqchi-is ma atnzer akken nteqliq fella-as, ntseyyi aten3iwen mais thetgami** »(à chaque fois quand elle mange, elle salit ses vêtements quand on la voit nous s'inquiète pour elle, on essaye de l'aider mais elle refuse).

Le père rajoute un détail sur les besoins physiologique de ca fille : « **thella jamais atruh arma thruh thegit yemmas, thoura thetrouhou wahdhes mais thetuyal yemmas thesiridh-as** »(avant, elle n'y allait pas jusqu'à ce que sa mère l'accompagne, maintenant elle y va seul, mais sa mère revient pour se lave) on a remarqué à travers le discours de son père qu'avant khoukha demande l'aide pour aller à subvenir ces besoins maintenant elle a commencé a appris de les faire seul.

A propos de sommeil de khoukha elle n'arrive pas à dormir qu'avec ses parents donc on résume que khoukha elle se sent en sécurité juste avec eux.

A partir les questions de cet axe on a remarqué qu'avant elle n'arrive pas à faire ces besoins seuls, elle dépend toujours de ces parents maintenant elle a changé, le père affirme ça

avec une sourire : « **toujours thetkalay fellaney même aythma-as uthentaj ara ad qarven yures mais thoura th changer** »(toujours elle dépend de nous même ces frères elle refuse pour qu'ils l'aide actuellement elle a changé).

Axe 03 : les habilités conceptuel chez l'enfant

A propos de langage et de la communication khoukha est une fille timide qui n'aime pas jouer avec les autres et elle n'arrive pas à transmettre le message même avec les gestes que se soit dans la maison ou dans l'association dit le père « **même thelouz ney thabya kra uthkhdem ara les gestes akken anfhem , thettrou kan, après s lweqth nuyal nafhmitide** »(même quand elle est faim ou elle a besoin de quelque chose elle s'exprime jamais même avec les geste pour qu'on puisse la comprendre ,elle n'arrête pas de pleurer , avec le temps on la comprend).

Pour le sujet de confrontation face à des nouvelles situations elle est très sensible. Explique le père que sa fille elle n'arrive pas à les gérer, elle s'isole.

Ensuite, pour ce qui ait de la capacité de cette fille à construire une phrase simple son père nous répond aussi : « **yelli uthzmir ara ad ahdar neshfahm-as mais pour rien** »(ma fille elle ne peut pas parler, on essaye de l'apprendre mais pour rien), le père avec des larmes aux yeux, il parle de sa fille qu'elle avait des grandes difficultés quotidiennes. On a posé la question sur ses émotions, le père répond : « **ih yelli ma atfreh tetadhsa, thechteh surtout ma atzer lkhyal-is, même ateqqim kan ad ass yureney aghthrbe3 mais ma atagadh thetyimi iman-is kan** » tout ça veut dire que cette fille quand elle est heureuse elle sourit, elle danse surtout quand elle regarde son ombre, elle danse avec une joie par contre, quand elle est peur elle essaye de rester seule, concernant l'amour elle aime bien faire des câlins à ses parents.

Pour la dernière question de cette axe c'est comment gère-t-il les moments sociaux tels que les jeux, les fêtes ou les sorties en famille ? La réponse était oui khoukha, admire les fêtes ou il y a de la musique, la nourriture, les jeux et la décoration avec plein de couleurs, elle joue, saute, rit et elle danse.

Axe n° 04 : Comportement de l'enfant

D'abord pour le stress et l'anxiété répond le père : « **yelli thet3ich g le monde wahdhes ur thetqliq f kra meme mara ad yili o preblème deg uxxam thetrouhou sina** » (ma fille vit

dans son monde même qu'il a des problèmes dans sa famille, elle ne réagit pas juste elle quitte le lieu).

Concernant les interactions avec des enfants et des adultes, déclare le père : « **yelli ur thehmil ara ateqqim d imchtah thetehibi hacha imqranen, imi thkchem ar l'association thuyal thetyamay meme y imchtah** » (elle n'aime pas les petits enfants, elle aime juste les adultes, par contre depuis qu'elle était dans cette association, elle arrive un peu de s'habituer à ces enfants et de s'approcher d'eux).

On rajoute que pour les tâches et les activités quotidiennes le père indique que sa fille elle peut les faire seuls mais incorrectement, tous qui est par exemple brosser les dents, s'habiller, aller au toilette...etc., c'est sa maman qui s'occupe de tous. Pour la dernière question et sur l'adaptation aux changements dit le père : « **yelli thfreh mara atnawi y umtiq ajdhidh thetnamith rapide** » khoukha elle s'adapte à des nouveaux endroits, on résume que cette association elle a beaucoup rapporté à khoukha pour améliorer ses comportements et changé les mauvaises habitudes à des nouvelles positives.

- **Résultats de l'échelle québécoise du comportement adaptatif appliquée sur le cas « khoukha » :**

Tableau n°22 : Résultats de la sphère de l'autonomie

Sphère	Questions	Libellé	Score	Maximum
Autonomie	01-23	Alimentation et cuisine	30	46
	24-31	Hygiène	6	16
	32-36	Utilisation de la toilette	2	10
	37-47	Habillage déshabillage	6	22
			44	94

Pour ce qui concerne l'autonomie, les résultats de ce sphère est de score moyen, khoukha elle est capable à avaler des aliments en purée, prend un verre sur une table, ouvre la bouche pour demander de la nourriture...etc. concernant l'hygiène elle n'arrive pas à tente de se savonner et de se lave, lave ses cheveux quand le lui dit, peigne ou brosse ses cheveux,

elle est capable juste de présenter ses mains et se figure lorsqu'on le lave et de laver et d'essuyer, au moins grossièrement par rapport à l'utilisation de la toilette aussi elle reste assis sur la toilette meme si on la laisse seul, donc on a remarqué qu'elle est très faible d'autonomie mais avec la prise en charge cette dernière arrive à améliorer un peu ces comportements. Et pour l'habillage et déshabillage, khoukha bouge ses membres afin d'aider quand on l'habille, enlève d'elle-même un des vêtements suivants, chapeau, tuque ou mitaines, met son pantalon seul, mais toujours elle a besoin d'aide de sa maman.

Tableau n°23: Résultats de la sphère des habiletés domestiques

Sphère	Questions	Libellé	Score	Maximum
Habilité domestique	48-51	Vêtement	0	08
	52-56	Intérieur	0	10
	57-62	Réparation	NP	12
	63-65	Sécurité	NP	06
	66-67	Extérieur	NP	04
			00	40

En arrivant à les habiletés domestique le score est 00 c'est-à-dire que khoukha elle n'a pas des capacités de faire ces comportements.

Tableau n° 24 : Résultats de la sphère de la santé et sensori-moteur

Sphère	Questions	Libellé	Score	Maximum
Santé sensori-moteur	68-75	Santé	2	16
	76-91	Motricité fine	22	32
	92-106	Motricité globale	16	30
			40	78

Concernant la sphère de la santé et sensori-moteur, sont également moyenne donc, on a constaté par rapport à cette échelle que khoukha est capable de prendre un objet de couleur vive, capable de prendre un objet momentanément, regarde alternativement deux objets, traces des lignes ou des courbes avec ses doigts à l'aide de peintre digital ou autre, est capable de courir...etc., donc grâce à cette association khoukha a pu apprendre plusieurs comportements.

Tableau n°25 : Résultats de la sphère de communication

Sphère	Questions	Libellé	Score	Maximum
communication	107-122	Expression	10	32
	123-130	Réception	07	16
	131-141	Langage élaboré et complexe	03	22
			20	70

D'après les résultats de sphère de la communication on a constaté que khoukha elle est un peu faible car elle est juste capable à exprimer au moins par un mot, est capable d'imiter au moins 02 mots familière ça concernant l'expression, pour la réception elle réagit à son nom, regarde autour d'elle quand un son est produit dans son environnement, etc. Et pour le langage élaboré et complexe elle est capable juste utiliser la forme de négation dans ses phrases et emploie les noms avec la forme passive.

Tableau n°26 : Résultats de la sphère des Habiletés préscolaire et scolaire

Sphère	Questions	Libellé	Score	Maximum
Habiletés préscolaire et scolaire.	142-146	Graphisme	02	10
	147-151	Notion de temps	0	10
	152-162	Mathématiques et pratiques	01	14
	159-162	Lecture	0	08
	163-164	Écriture	0	04
			03	46

Par rapport à les résultats des habiletés préscolaires et scolaire le score est très faible car elle n'arrive pas à acquérir ce comportement malgré les efforts de la psychologue mais pour rien, elle est capable seulement à tracer un trait horizontal, trace un trait vertical.

Tableau n°27 : Résultats de la sphère de la socialisation

Sphère	Questions	Libellé	Score	Maximum
Socialisation	165-183	Interaction	14	38
	184-193	Déplacement	07	20
	194-196	Ressources communautaire	NP	06
	197-200	Magasinage	NP	
	201-204	Services bancaire	NP	08
	205-210	Loisirs	02	12
			23	92

Ces résultats au niveau de la socialisation démontrent que khoukha est une enfant un peu sociable, elle est capable de réagir au bruit, elle réagit lorsqu'on lui donne la main ou lorsqu'on lui tend des bras, elle s'approche des personnes qu'elle connaît...etc. concernant le déplacement elle vient lorsque quelqu'un l'appelle ou lui fait un signe, elle est capable de se déplacer d'une pièce à l'autre d'une quelconque façon,...etc. et pour les ressources communautaires ses parents ils ne la laisse pas faire ce genre de comportements.

Tableau n°28 : Résultats de la sphère des habiletés de travail

Sphère	Questions	Libellé	Score	Maximum
Habiletés de travail	211-221	Habiletés d'emploi et recherche d'emploi	NP	22
	222-225	Comportements et relations interpersonnels au travail	NP	08
			NP	30

Pour les habiletés de travail en précise que l'échelle québécoise du comportement adaptatif pour les enfants de moins de 4 ans en coche non possible(NP).

Tableau n° 29 : Résultats de la sphère des comportements inadéquats

Sphère	Questions	Libellé	Score	Maximum
Comportement inadéquats	226-233	Comportements stéréotypés	07	24
	234-241	Comportement de retrait et d'inattention	10	24
	242-275	Habitudes et comportements inacceptables	33	102
	276-298	Comportements Antisociaux	07	69
	299-308	Comportement Sexuels inadéquat	03	30
	309-316	Comportements de violence ou d'agression	03	24
	317_324	Comportements d'automutilation	03	24
			66	297

Dans la seconde partie de cette échelle qui est les comportements inadéquats chez cet enfant, on peut résumer qu'elle ne manifeste pas des comportements d'automutilation et d'agressivité mais, on peut dire qu'elle est une fille qui fait le contraire de ce qu'il lui est demandé et elle s'énerve et ce changement c'est grâce à la prise en charge de l'association.

Synthèse du cas de « khoukha »

On peut résumer que cette fille est une enfant prise en charge précocement depuis l'âge de 5 ans, à partir des résultats de l'échelle on a constaté que cette dernière a pu acquérir un minimum de comportement adaptatif grâce à la prise en charge de l'association et les efforts de sa famille.

On peut dire aussi que khoukha c'est une fille qui ne maintient pas des comportements agressifs envers sa famille et d'autres personnes.

1-4 Les données de l'entretien de cas n° 04 « Anis »

Axe 01 : Les informations personnelles sur l'enfant et sa famille

Anis c'est un garçon âgé de 08 ans vivait dans une famille qui compose de 04 enfants Anis c'est le 3^{ème}, sa maman est une femme au foyer, son père est un commerçant, il est donc issu d'un milieu socio-économique moyen. Il est diagnostiqué à l'âge de 4 ans, il a été intégré dans l'association à l'âge de 5 ans.

Dans cet entretien on a pu rencontrer la mère de Anis et d'après son discours Anis c'est le seul enfant qui souffre d'autisme dans sa famille, et nous a raconté que cela a commencé chez son fils ainsi « **Anis kan igs3an l'autisme g la fammileney n découvrit id imi igess3a 3amayen mais ur n pense ara ar l'autisme, zriyed ikhdem les comportements jamais ikhedhmithent yakan mais uns3 ara l'aider fanchtha, d yiwen o psychologue g thadarthney isfahmayed dachuth yenayayed rouheth ar l'association , armi 3elmy choquiy , tetrouy toujours armi g 3edda cheher ndécid-id an rouh ar l'association** » (Anis est l'unique enfant qui souffre d'autisme dans notre famille, ce trouble on l'a découvert à partir de 02 ans, mais sans y penser au l'autisme , j'ai observé des comportements inhabituelles chez lui, on n'a aucune idée sur ce trouble, c'est un psychologue dans notre région qu'il nous a expliqué ce trouble et comment on le traite, il nous a proposé de partir chez cette association , notre réaction c'était le choc , j'ai pleuré toujours. Après un mois on a décidé de le ramener chez l'association).

Anis a une bonne relation avec ces frères la mère confirme ça : « **Anis ihemel mlih aythmas, itm3amal yidhsen mlih, uyhmil ara l3ibad nidhen hacha nekkeni, mais imi tdhwan g l'association youyal ihemel imchtah** » (Anis aime trop ces frères, il comporte bien avec eux par contre, il n'aime pas d'autre personne sauf nous, mais avec la prise en charge de l'association il est devenu un peu sociable surtout dans l'association il aime trop les enfants).

Axe n°02 : les Habiletés pratique chez l'enfant

La mère de Anis nous informe que « **Anisyella uytatf ara même pas thighmjayin d tafrijidhin après armi thedhwan g l'association youyal ihfedh amek athentitef** » (Anis il

n'arrive même pas à prendre une cuillère ou une fourchette mais grâce à la prise en charge de l'association il a réussi à acquérir ce comportement).

Anis est capable d'habiller seul mais il trouve des difficultés à déshabiller seul sa mère dite : « **Anis itlousou wahdhes mais uytkes ara lqchis wahdhes toujours d nekk isitksen lqechis** » (Anis il habille seul mais il trouve des difficultés à déshabiller seul c'est toujours moi qu'il déshabille »

Concernant la toilette sa mère répond « **mmi itrouhou toilette wahdhes mais iswsax lqechis imi g kchem ar l'association yuyal meme isiridh ifasnis isiridh thuymasis, mais machi mlih** » (mon fils fait sa toilette seule, mais il salit ses vêtements une fois il est rentré à l'association, il arrive même à se laver ses main et brosser ces dents seul, mais pas correctement)

D'après la maman par rapport à le sommeil d'Anis, il arrive à dormir seul mais il est besoin de quelqu'un pour le réveiller.

D'après le discours de sa mère on a découvrir qu'après la prise en charge de l'association Anis il a réussi de faire ses besoins seuls, il ne dépend pas des autres.

Axe n°03 : les habiletés conceptuelles chez l'enfant

Anis est un garçon qui procède au langage gestuel (non verbal et les mimiques pour transmettre son message sa mère confirme ça « **mmi uyhder ara ikhdem les gestes kan akken athnfhem** » (mon fils il n'arrive pas à construire une phrase ou de parler il fait les gestes et les mimiques pour on le comprend ».

Elle nous rajoute « **Anis itm3amal ma thella kra n la situation tajdhit am les problèmes g kham itghamay wahdhes g thkhmtis ithetrou dhayen** » (Anis il se comporte à des nouvelles situations comme des problèmes dans la maison, il s'isole dans sa chambre, il pleure aussi).

Elle nous rajoute « **ma yella d lhmala ihmel aghirbe3, ma yella d lhzen ithetrou, ma yella yfreh ijliv** » (il exprime ces émotions par rapport à l'amour, il aime faire des câlins avec nous et concernant la tristesse il pleure et quand qu'il est heureux il saute)

Et pour la dernière question la maman répond « **mmi itl3ab tous le temps ithibi mlih ad il3eb d aythmas thiswi3in itl3ab wahdhes me d l'anniversaire yella ug hmil ara les anniversaires mais armi g kchem l'association yevdha ihhmlithent** »(Mon fils tous le temps joue avec ces frères et des fois il joue seul. Concernant les fêtes d'anniversaires avant la prise en charge il déteste ces fêtes mais après il commence à les aimer).

Axe n°04 : le comportement de l'enfant

Ce qui concerne les réactions et les comportements de Anis au moment d'anxiété ou de colère sa mère déclare : « **Anis iskhddham les gestes jamais iskhddhmithent yakan, itghzaz ifasnis, arma iksas z3af, ma yella kra n bruit ighleq imzoughnis ma thella thafath igqwan iqfel alnis** »(Anis a utilisé et produit une séries des gestes et de mouvement inhabituelle comme enfuir seul loin et claque ces doigts jusqu'à la fin de colère, quand il y a un bruit fort il ferme ses oreilles et par rapport à la lumière vive il ferme ses yeux).

Vis-à-vis à la réponse sur la question comment il gère ces tâches et ces activités quotidiennes, explique sa mère que Anis a besoin d'un accompagnement spécifique dans le temps pour qu'il puisse pratiquer car si tu laisses tous seul oublié la tâche et il déplace pour une autre chose.

Aussi confirme la maman que Anis il s'adapte à un autre endroit plutôt aux changements il aime trop des sorties en famille.

- **Résultats de l'échelle Québécoise du comportement adaptatif Appliquée sur l'enfant « Anis »**

Tableau n°30 : Résultats de la sphère de l'autonomie

Sphère	Questions	Libellé	Score	Maximum
Autonomie	01-23	Alimentation et cuisine	28	46
	24-31	Hygiène	08	16
	32-36	Utilisation de la toilette	05	10
	37-47	Habillage déshabillage	11	22

42	94
-----------	-----------

D'après les résultats on peut constater que Anis est un garçon qu'il arrive un peu de s'occuper de lui, mais pas correctement, par exemple il essaye de manger seul, il accepte tous les aliments en purée, bouge ses lèvres ou ouvre la bouche au contact de la nourriture, déplace les aliments dans sa bouche avec sa langue. Concernant l'hygiène, Anis il connaît son schéma corporel parce que quand on lui dit de présenter ses mains et sa figure lorsqu'on lui lave il le fait et présenter ses bras. Concernant ces résultats au l'utilisation de la toilette, il n'arrive pas à la faire complètement.

Tandis que l'habillage et le déshabillage cette enfant arrive à l'habiller facilement et pour le déshabillage il trouve des difficultés et cela a été prouvé dans l'échelle.

Tableau n°31: Résultats de la sphère des habiletés domestiques

Sphère	Questions	Libellé	Score	Maximum
Habilité domestique	48-51	Vêtement	01	08
	52-56	Intérieur	02	10
	57-62	Réparation	NP	12
	63-65	Sécurité	04	06
	66-67	Extérieur	NP	04
			07	40

Et ce qui concerne les habiletés domestique on peut remarquer un score très faible au niveau des vêtements même s'il arrive un peu de s'habiller correctement en fonction de la situation sociale, et dépose les déchets aux bons endroits mais il reste très faible. Par rapport aux autres items la réparation et extérieur en remarque que ne sont pas des comportements qui correspondent à l'âge de cette enfant.

Tableau n° 32 : Résultats de la sphère de la santé et sensori-moteur

Sphère	Questions	Libellé	Score	Maximum
Santé sensori-moteur	68-75	Santé	02	16
	76-91	Motricité fine	21	32
	92-106	Motricité globale	28	30

51	78
----	----

Les résultats dans la sphère de la santé et sensori-moteurs montré que Anis malgré ces difficultés à propos le langage mais il arrive a transmettre le message avec des gestes et des mimiques , il est aussi capable de prendre un objet momentanément, suit des yeux un objet de couleur vive déplacé lentement et horizontalement, il fait passer les objets d'une main a l'autre, traces des lignes ou des courbes avec ces doigts a l'aide de peinture digitale ou autre et autre chose et si en parle de la motricité global, il est capable de réaliser tous les comportements.

Tableau n°33 : Résultats de la sphère de communication

Sphère	Questions	Libellé	Score	Maximum
Communication	107-122	Expression	15	32
	123-130	Réception	09	16
	131-141	Langage élaboré et complexe	0	22
			24	70

On a aperçu dans ces résultats sont moyenne au niveau de la communication, parce que Anis communiquer à travers de la non verbal, on le trouve donc capable de s'exprimer avec des gestes et les mimiques pour transmettre le message qu'il puisse être compris devant ces parents et mêmes le groupe de personnes, c'est aussi un enfant qui regarde autour de lui quand il entend on nom...etc.

Tableau n°34 : Résultats de la sphère des Habiletés préscolaire et scolaire

Sphère	Questions	Libellé	Score	Maximum
Habiletés préscolaire et scolaire.	142-146	Graphisme	04	10
	147-151	Notion de temps	00	10
	152-162	Mathématiques et pratiques	00	14
	159-162	Lecture	00	08
	163-164	Ecriture	00	04
			04	46

Dans les habiletés préscolaire et scolaire, Anis obtenu un score très faible, même s'il arrive à répondre à son entourage par des sons ou des gestes et s'exprimer par des gestes ou des mimiques faciales mais ça reste faible et à propos d'item langage élaboré et complexe ce ne sont pas des comportements qui correspondent à les capacités de Anis car il ne peut pas parler

Tableau n°35: Résultats de la sphère de la socialisation

Sphère	Questions	Libellé	Score	Maximum
Socialisation	165-183	Interaction	09	38
	184-193	Déplacement	08	20
	194-196	Ressources communautaire	NP	06
	197-200	Magasinage	NP	
	201-204	Services bancaire	NP	08
	205-210	Loisirs	02	12
			19	92

Dans cette échelle dans la sphère de la socialisation a une note moyenne, car Anis ce qui concerne interaction il est capable de réagir au bruit, établit le contact visuel, lorsqu'on lui sourit...etc.il s'approche des personnes qu'il connaît surtout dans l'association et ce qui concerne le déplacement est capable de déplacer d'une pièce à une autre, ouvre les portes, ferme les portes, et on dernier les ressources communautaires ce sont pas des comportements qui correspondent pas l'âge de Anis.

Tableau n°36 : Résultats de la sphère des habiletés de travail

Sphère	Questions	Libellé	Score	Maximum
Habiletés de travail	211-221	Habiletés d'emploi et recherche d'emploi	NP	22
	222-225	Comportements et relations interpersonnels au travail	NP	08
			NP	30

En arrivant aux habiletés de travail c'est dans l'échelle québécoise du comportement adaptatif pour les enfants moins de 14 ans on coche non possible « NP ».

Tableau n° 37 : Résultats de la sphère des comportements inadéquats

Sphère	Questions	Libellé	Score	Maximum
Comportement inadéquats	226-233	Comportements stéréotypés	13	24
	234-241	Comportement de retrait et d'inattention	11	24
	242-275	Habitudes et comportements inacceptables	50	102
	276-298	Comportements Antisociaux	17	69
	299-308	Comportement Sexuels inadéquat	00	30
	309-316	Comportements de violence ou d'agression	11	24
	317_324	Comportements d'automutilation	20	24
			122	297

Comme dernier résultats nous avons le comportement inadéquat qui Anis manifeste certains comportements inappropriés, mais il n'est pas agressif, par exemple tape des fois le pied ou la main continuellement, sinon brise pas des objets, il ne frappe pas des personnes, il fait les bruits de gorge, il crie, depuis sa prise en charge il est capable de rester un peu calme.

Synthèse de cas de « Anis »

D'après les résultats de Anis, en remarque que dans l'autonomie il a un niveau un peu faible, pour l'alimentation il arrive comme même de manger seul mais pas correctement, pour l'hygiène il connaît bien son corps, il se lave seul.

Et ce qui concerne les habiletés domestique le score est **07/40** donc très faible. Aussi pour la de santé sensori-moteur on observe que Anis malgré ces difficultés à propos le langage mais il arrive à transmettre le message avec des gestes et des mimiques.

Puis, les habiletés préscolaire le score il reste faible, il arrive un peu de maîtriser le graphisme mais pas vraiment.

Ensuite, pour la socialisation, Anis est un garçon incapable d construire des relations avec des autres malgré qu'il réagit comme même à des bruits. Ce qui concerne la sphère des habiletés de travail en note NP vu qu'il est encore petit pour ce genre de comportements.

Pour les comportements inadéquats, Anis manifeste certains comportements inappropriés.

Tableau n° 38 : niveau des comportements adaptatif et inadéquats des quatre cas

Les cas	Le score des comportements adaptatifs	Le niveau des comportements adaptatifs	Le score des comportements inadéquats	Le niveau des comportements inadéquats
Amine	126	Moyen	66	Profond
Fateh	179	Moyen	68	Moyen
Khoukha	130	Moyen	66	Moyen
Anis	147	Moyen	122	Moyen

2-La discussion des hypothèses

D'après les données que nous avons recueillies à travers l'entretien semi-directif et l'échelle québécoise des comportements adaptatifs, on trouve que les enfants autistes se développent grâce à la prise en charge de l'association.

Concernant la première hypothèse sur l'aide de la prise en charge à améliorer les compétences d'autonomie et communicationnelles des enfants autistes, et d'après les résultats obtenus cette association joue un rôle primordial sur l'aspect développementale. C'est pour cela nous confirmer notre première hypothèse partielle.

D'abord, grâce à la prise en charge de l'association les psychologues et les orthophonistes ont travaillé avec les enfants individuellement pour les aider à développer des compétences de communication et d'autonomie par exemple ils proposent des activités de groupe et encouragent l'interaction sociale et permettant des enfants de pratiquer leurs compétences, ces activités peuvent être ciblées, sur des objectifs tels que l'apprentissage, la communication.

En effet, on a constaté que les cas (Amine, Anis, Fateh, khoukha) avant la prise en charge ils n'arrivent pas à acquérir les tâches quotidiennes, ce qui concerne l'autonomie comme (se laver les mains seules, se brosser les dents seules, faire leur toilette seul...etc.) Et pour la communication (communication verbale et non verbale).

Pour les cas de **Anis**, **khoukha** et **Amine** ils sont presque les mêmes comportements concernant l'autonomie et la communication, leurs niveaux est moyen d'après les résultats qu'on a recueillis pour l'autonomie ils arrivent ils essaient de manger seuls, ils acceptent tous les aliments en purée, bougent ses lèvres ou ouvrent la bouche au contact de la nourriture, déplacent les aliments dans leurs bouches avec leurs langues, ils arrivent à déshabiller et à habiller mais pas correctement. Et pour la communication on a constaté qu'ils malgré leurs difficultés verbales mais ils arrivent comme même à transmettre leurs messages d'après les résultats de l'échelle ils expriment avec des gestes et des mimiques, ils expriment la position (moi, mon, à moi).

Et d'après l'entretien avec ses parents on a constaté qu'ils avant la prise en charge ils n'arrivent même pas à manger seuls, à faire leurs toilette, à laver ses mains ...etc.). Mais, avec la prise en charge dans l'association ils ont amélioré leurs autonomies. Et pour les communications on a constaté aussi « qu'ils avant ils n'arrivent pas à transmettre leurs messages mais d'après la prise en charge, ils sont capables à transmettre leurs messages avec des gestes et des mimiques).

Et pour Le cas de **Fateh** d'après les résultats de l'échelle québécoise du comportement adaptatif son niveau est léger concernant l'autonomie, il mange seul mais renverse de la nourriture sur ces vêtements et sur la table, pour le sujet de la toilette il demande régulièrement d'aller et quand c'est nécessaire il part lui-même, et pour l'habillage et le déshabillage il s'habille seul mais pas correctement. Concernant la communication Fateh il arrive à s'exprimer bien verbalement et construire une phrase simple pour et non verbalement avec des gestes pour transmettre le message.

Et pour La deuxième hypothèse partielle La prise en charge au sein de l'association aide les enfants autistes à modifier leurs comportements inadéquats à des comportements appropriés.

D'après les résultats obtenus à travers l'entretien semi-directif et la passation de l'échelle, nous avons déduit que les cas (**Anis, Amine, Khoukha et Fateh**) modifient leurs comportements inacceptables à des comportements appropriés après la prise en charge.

A partir de ces données des deux outils nous pouvons dire que ces cas confirment notre hypothèse. Si on parle de ces cas on peut dire que certains comportements ont évolué grâce à la prise en charge.

Le cas d'Amine on peut dire qu'il est le plus sévère, qui manifeste les comportements stéréotypés comme (il bouge sa tête, ses mains) et même concernant l'agression et l'automutilation Amine avant la prise en charge il se mord trop les mains, il se frappe alors que depuis qu'il est intégré l'association il arrive à diminuer ces mauvaises habitudes.

Pour le cas de **Anis** son niveau est moyen, on remarque d'après ses résultats et le discours avec son père que cet enfant fait des bruits de gorge, il crie trop, il tape ses pieds continuellement... etc. malgré son niveau du comportement adaptatif inadéquat est moyen mais ils ont aucun impact sur son milieu de vie c'est-à-dire ce ne sont pas des comportements qui influencent sur l'acquisition d'autres comportements adaptatifs et tout ça grâce à la prise en charge de l'association. Alors que le cas de **Khoukha** et sous la moyenne qu'Anis d'après les résultats de l'échelle et le discours de sa mère elle ne manifeste pas des comportements d'automutilation et d'agressivité mais, on peut dire qu'elle est une fille qui fait le contraire de ce qu'il lui est demandé et elle s'énerve et ce changement, c'est grâce à la prise en charge de l'association.

Le cas de Fateh on note un degré léger au niveau des comportements inadéquats, comme on peut l'apercevoir dans les résultats de l'échelle est à travers les résultats de l'entretien cet enfant représente certains comportements inacceptables par exemple il bouge trop, il répète un mot ou une phrase sans arrêt ou les paroles d'une autre personne donc est un enfant émeutier qui fait toujours des comportements inappropriés. Malgré qu'il était pris en charge juste depuis quelques mois, mais il arrive comme même à améliorer ces comportements négatifs à des comportements significatifs

Synthèse

Evidement d'après nos quatre cas qui ont confirmé nos hypothèses partielles ce qui fait absolument même notre hypothèse générale aussi été confirmer.

Conclusion

En conclu, les comportements adaptatifs chez les enfants autistes sont essentiels pour leur développement social, émotionnel et comportemental. Les enfants autistes peuvent présenter des défis dans ces domaines, mais avec des interventions appropriées, ils peuvent améliorer leur qualité de vie et leur participation dans la société et aussi grâce à la prise en charge dans l'association. Les éducateurs et les psychologues de soins ont un rôle crucial à jouer pour aider les enfants autistes à développer des compétences adaptatives, en utilisant des approches basées sur les preuves qui sont individualisées pour chaque enfant.

Les programmes qui ciblent les comportements adaptatifs doivent être centrés sur les points forts et les intérêts des enfants autistes, et les parents doivent être impliqué à chaque étape de l'intervention.

Bien évidemment pour la méthodologie utilisée sont deux outils (l'entretien semi-directif et l'échelle Québécoise des comportements adaptatifs) en à basé sur ces outils pour bien cerné notre recherche qui nous a permis de bien comprendre le profil de compétence chez notre population d'étude, donc ils nous a affirmer que ses enfants souffrant d'un trouble autistique et ils ont divers difficultés dans différents tâches, alors que ils ont réussi à développer et améliorer des comportements qui les aident à avances dans plusieurs domaines dans la vie quotidienne.

Pour notre première hypothèse partielle elle est confirmée grâce à la prise en charge et les efforts des parents, des psychologues et éducateurs de l'association effectivement ils ont aidé ses enfants à recueillir énormément de comportements adaptatifs dans presque tous les niveaux (autonomie, communications, motricité ou autre).

Concernant la deuxième hypothèse sur la prise en charge aide les enfants autistes à modifier leurs comportements inadéquats aussi été confirmer. Grâce à la prise en charge et l'aide des parents ont réussi à réduire les comportements inacceptables chez notre population d'étude.

En effet, si nos deux hypothèses partielles ont été confirmées donc effectivement notre hypothèse générale est aussi confirmer.

Liste bibliographique

1 Ouvrages :

- 1- Alain, B., et Anne, G. (1992). *L'enquête et ces méthodes : L'entretien*. Paris, France : Nathan.
- 2- Baudier, A. et céleste, B. (2004). *Le développement affectif et social du jeune enfant* (3 éd). Paris, France : Armand colin.
- 3- Bénony, H., et Chahraoui, K. (1999). *L'entretien clinique*. Paris, France : Dunod.
- 4- Bénony, H., et Chahraoui, k. (2003). *Méthodes, évaluation et recherches en psychologie clinique*. Paris, France : Dunod.
- 5- Chauchat. (1999). *L'enquête en psychologie* (3 éd). France : puf.
- 6- Chouvier, B. et Attigui, p. (2016). *L'entretien clinique*. (2éd). Paris, France : Armond colin.
- 7- Desvignes, V. et Lbrun-Martin, E. (2019). *Pédiatre ambulatoire*. (2éd). Paris, France : Doin.
- 8- Doron, K. et Parot, F. (1998). *Dictionnaire de la psychologie* (3éd). Paris, France : Puf.
- 9- Dumas, J, E. (2013). *Psychologie d'enfant et de l'adolescent*. (4 éd). Belgique, Bruxelles : Boeck supérieur.
- 10- Dunod, J. (2004). *Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. Paris, France : Heures de France.
- 11- Helen, B. et Denise, B. (2017). *Psychologie du développement : les âges de la vie*. (2éd). Paris, France : de Boeck.
- 12- Lenoir, P. et all. (2007). *Les troubles du développement psychologique*. (2éd). Paris, France : Masson SAS.
- 13- Lonescu, S. et Blanchet, A. (2009). *La méthodologie de la recherche en psychologie clinique*. Paris, France. Puf.

- 14- Luckasson, R., ET Borthwick-D, S. (2002). *Mental Retardation, definition, classification, and systems of supports*. Washington. New York, USA: American association on mental retardation.
- 15- Rogé, B. (2003). *Autisme comprendre et agir*. Paris, France : Dunod.
- 16- Rogé, B. (2004) *Les syndrome d'asperger et l'autisme de haut niveau*. Paris, France : Dunod.
- 17- Tarabulsy, M, et Tarabulsy, P. (2006), *Le développement social un enjeu par l'économie sociale*. Canada : press de l'université de Québec
- 18- Taché, A. (2003). *Adaptation concept systémique*. Paris, France : Harmattan.
- 19- Tardif, C. et Gepner, B (2003). *Autisme*. Paris, France : Nathan.
- 20- Tourette, C. (2014). *Evaluer les enfants avec déficiences ou troubles du développement* : Paris, France : Dunod.
- 21- Tourette, C. et Guidetti, M. (2008). *Introduction à la psychologie. Du bébé à l'adolescent*. Paris : Armond colin.
- 22- Organisation mondiale de la santé. (2001). *Classification mondiale des troubles du comportement*. Paris, France : Masson.

2 Manuels :

- 1- Association Américaine de psychologie. (2015). *Manuel diagnostique et Statistique des Troubles mentaux*. (5éd). Paris, France : Elsevier Masson.
- 2- CIM-10. (1994). *Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement*. Paris, France : Masson.
- 3- Ronald, J-A. (2001). *Manuel de psychologie, des Handicaps. Sémiologie et principe de remédiation*. Sprimont, Belgique : Mardaga.
- 4- Maurice, P. et all. (1993). *Echelle québécoise de comportements adaptatifs (EQCA) Manuel technique*. Montréal, Canada : UQAM

3 Dictionnaires :

- 1- Doron, R. Parot, F. (1998). *Dictionnaire de psychologie*. Paris, France : PUF
- 2- Sillamy, N. (2003). *Dictionnaire de la psychologie*, Paris, France : Larousse.
- 3- Sillamy, N. (2004). *Dictionnaire de psychologie*. Paris, France : Bordas.

4 Revus :

- 1- Bouchand, J. (2013). L'intégration sociale et professionnelle la place centrale des compétences adaptatives. *La nouvelle Revue de l'adaptation et de la scolarisation*. 3, (63), 167-84. Doi : 110,3917/ mas 063.0167.
- 2- Chapdelain, N, et all. (2021). Jugement évaluatifs des comportements adaptatif des adolescents présentant un trouble du spectre de l'autisme par les parents et les enseignants. *Association scientifique pour la modification du comportement tous droits réservés*. 31, (1), 29-33. Et récupérer de [www. Science- comportement.org](http://www.Science-comportement.org).

5 Thèses :

- 1- Hassan, D. (2016). *Adaptation transculturelle de l'échelle Québécoise*. (Thèse en vue de l'obtention du diplôme de doctorat). Académie universitaire de Wallonie Bruxelles.
- 2-Ferland, E. (2020). *Implication du profil intellectuel et des comportements adaptatifs dans le classement scolaire des adolescents présentant un trouble du spectre de l'autisme : [baccalauréat en psychologie, Université du Québec à Montréal]*.

Table des matières

Table des matières

Remerciement

Dédicace

Liste des Abréviations

Liste des tableaux

Introduction..... 1

Le cadre général la Problématique

1- Le cadre général la Problématique..... 3

2-Hypothèse générale..... 5

3- Les objectifs de la recherche 6

4-Les concepts opérationnels 6

4-1 Adaptation6

4-2 Comportements adaptatifs.....6

4-3 Comportements inadéquats7

4-4 Enfant7

4-5 L'autisme.....7

La partie théorique..... 3

Chapitre I: L'Autisme

Préambule 8

1-L'autisme à travers l'histoire 8

2-Les troubles envahissants du développement (TED)..... 9

3-Définition de l'autisme 10

4-Les types de l'autisme selon la CIM-10..... 11

4-1 Autisme infantile11

4-2 Autisme atypique11

4-3 Syndrome de Rett12

4-4 Autre trouble désintégratif de l'enfance.....12

4-5 Hyperactivité associées à un retard mental et à des mouvements stéréotypés12

4-6 Syndrome d'Asperger12

5-Description clinique 13

5-1 Les troubles de relation : (interaction sociale)13

5-2 Les troubles de communication.....	13
5-2-1 Echolalie immédiate.....	14
5-2-2Echolalies différées.....	14
5-2-3L'utilisation idiosyncrasique du langage.....	14
5-3 Les troubles du comportement et les intérêts restreints.....	14
6- Diagnostic différentiel de l'autisme : (selon DSM-5).....	14
6-1 Syndrome de Rett.....	14
6-2 Schizophrénie.....	15
6-3 le mutisme sélectif.....	15
6-4 le trouble du langage.....	15
6-5 le trouble de la communication sociale.....	15
6-6 le handicap intellectuel.....	15
6-7 les mouvements stéréotypés.....	16
7- Les facteurs de risques d'autisme.....	16
7-1 Les facteurs génétiques.....	16
7-2 Les facteurs environnementaux.....	17
7-3 Les facteurs anténatals.....	17
7-4 Les facteurs prénatals.....	17
7-5 Les facteurs postnatals.....	17
8-La prise en charge de l'autisme.....	18
8-1 Les prises en charge psychothérapeutiques.....	18
8-1-1 La psychothérapie individuelle.....	18
8-1-2 Les thérapies familiales systémiques.....	18
8-1-3 Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC).....	18
8-1-4 La thérapie d'échange et de développement.....	19
8-2 Les prises en charge éducatives.....	19
8-2-1 Le programme de schopler (TEACCH).....	20
8-2-2 l'ABA (Applied Behavioral Analyse).....	20
8-3 la prise en charge médicamenteuse.....	21
Synthèse.....	21
Chapitre II:Le comportement adaptatif	
Préambule.....	22
1-Définition de comportement adaptatif.....	22

1-1 Définition d'adaptation	22
2-1 Le comportement adaptatif.....	22
2- Aperçu historique	23
3- Les critères diagnostiques des troubles de l'adaptation chez l'enfant.....	24
4- Les Difficultés d'adaptation chez l'enfant autiste	25
4-1 Les difficultés dans les interactions sociales.....	25
4-2 Les difficultés de communication.....	26
4-3- Les difficultés d'apprentissage d'autonomie et de prise d'initiative.....	26
5- Les conditions d'adaptation	26
5-1 La théorie de T.W.Adorno	26
5-2 La théorie de dissonance cognitive.....	27
5-3 Individu, groupes d'appartenance et groupes de référence	27
6- Mesure du comportement adaptatif	28
Synthèse	28

Chapitre III: Le développement de L'enfant

Préambule	29
1- Définition de l'enfant	29
2- Le développement de l'enfant	30
2-1 Le développement physique chez les enfants de 6 à 11 ans.....	30
2-2 Le développement cognitif.....	33
2-3 Développement affectif.....	36
2-4 Le développement social.....	38
3- La scolarité de l'enfant	40
Synthèse	40

Partie pratique

Chapitre IV: La méthodologie de la recherche

Préambule	41
1- La méthode de recherche.....	41
1-1 La méthode clinique.....	41
2- Les outils d'investigations	42
2-1 L'entretien clinique.....	42

2-1-1 L'entretien semi-directif.....	42
2-2- Echelle québécoise de comportement adaptatif	43
2-2-1 Définition de l'échelle	43
2-2-2 La consigne de la passation	43
2-2-3 La cotation	43
2-2-4 Le niveau des comportements adaptatif	44
3- Présentation de lieu de recherche	47
4- Le déroulement de la recherche	48
4-1-La pré-enquête.....	48
4-2 L'enquête.....	49
5- La population de la recherche.....	49
5-1- Les caractéristiques de la population.....	49
Synthèse	50
Chapitre V:Interprétation, Analyse et discussion des hypothèses	
Préambule	51
1-La présentation des cas	51
1-1 Les données de l'entretien cas N° 01 « Amine ».....	51
1-2 Les données de l'entretien cas n°02 : « Fateh »	60
1-3 Les données de l'entretien de cas n° 03 « khoukha »	70
1-4 Les données de l'entretien de cas n° 04 « Anis »	78
2-La discussion des hypothèses	85
Synthese	88
Conclusion	88
Liste bibliographique	
Annexes	
Résumer	

Annexes

Annexe 01

Guide d'entretien

Axe I : les informations personnelles sur l'enfant et la famille

- 01- La fonction de la mère et du père ?
- 02- La situation socio-économique ?
- 03- Le nombre d'enfants dans la famille ?
- 04- Quelle est la position de cet enfant dans sa fratrie ?
- 05- Est-ce que c'est l'unique enfant autiste dans sa famille ?
- 06- Il avait quel âge quand vous savais qu'il souffre d'autisme ? et quel était votre réaction ?
- 07- Est – ce qu'il a une bonne relation avec ses frères et sœurs, et joue avec eux ?

Axe II : les habiletés pratiques chez l'enfant

- 08- Est-ce qu'il se lave ses mains seuls ?
- 09- Est-ce qu'il s'habille seul ?
- 10- Est- ce qu'il arrive à manger seul et correctement avec les cuillères, autonome,...etc. ?
- 11- Est-ce qu'il utilise les toilettes seules ?
- 12- Est-ce qu'il a besoin de quelqu'un pour l'aider à s'endormir ou se réveiller ?
- 13- Il dépend des autres ?

Axe III : les habiletés conceptuelles et sociales chez l'enfant

- 14- Est-ce qu'il utilise le langage gestuel (non verbal) lors de son discours ou il arrive à se communiquer verbalement et à transmettre le message ?
- 15- Comment il se comporte lorsqu'il est confronté à une nouvelle situation ?
- 16- Est- ce qu'il arrive à construire une phrase ?
- 17- Est-ce qu'il exprime ses émotions (la peur, la joie, l'amour) envers les autres devant tous le monde ?
- 18- Comment l'enfant gère-t-il les moments sociaux tels que les jeux, les fêtes d'anniversaire, ou les sorties en famille ?

01-Axe IV : Le comportement de l'enfant

- 19- Comment est ce qu'il gère les situations de stress et d'anxiété ?
- 20- Comment est ce qu'il se comporte lorsqu'il est confronté à des stimuli sensoriels forts (lumière vives, bruits forts, texture,...) ?
- 21- Comment est ce qu'il gère les taches et les activités quotidiennes, telles que s'habiller, se brosser les dents,...etc. ?
- 22- Comment est ce qu'il s'adapte aux changements dans son environnement, tel que le déplacement dans un nouvel endroit ou le déménagement à une nouvelle maison ?

Annexe 02

AQPRM

Échelle québécoise de comportement adaptatif

ÉQCA©

Format PDF compatible avec la transmission par télécopie

PERSONNE ÉVALUÉE						
PRÉNOM ET NOM:						
MILIEU DE VIE:						
DATE DE NAISSANCE:	Jour	Mois	Année	Âge:	Années	Mois
SEXE:	Entourez: M ou F					

ÉVALUATEUR-ÉVALUATRICE			
PRÉNOM ET NOM:			
FONCTION:			
LIEU DE TRAVAIL:			
DATE DE PASSATION:	Jour:	Mois:	Année:

La reproduction de ce questionnaire est autorisée uniquement à des fins de correction au Laboratoire ou sur la plate forme Web de correction.

Développée par l'Atelier québécois des professionnels sur le retard mental (AQPRM) en collaboration avec le Laboratoire de Mesure du Comportement Adaptatif et le Département de psychologie de l'Université du Québec à Montréal (UQAM)

Consignes pour remplir le questionnaire

Dans le présent document, l'emploi du masculin pour désigner des personnes n'a d'autres fins que celle d'alléger le texte.

Page couverture de l'ÉOCA Il est important de répondre à **toutes** les questions de la page couverture **y compris l'âge S.V.P.**

Cotation Le questionnaire de l'ÉQCA est divisé en deux parties, « Comportement adaptatif » et « Comportements inadéquats », chacune avec son propre système de cotation.

Partie 1: Comportement adaptatif (items 1 à 225)

0 NE LE FAIT PAS

Non...Jamais...Ne le fait pas...Est incapable...Vous devez coter **NE LE FAIT PAS** même si vous croyez la personne capable de démontrer l'habileté alors qu'elle ne la fait pas.

1 LE FAIT MAIS...

Oui mais...Sur demande...On doit lui rappeler...Quelques fois...Rarement...Le fait à peu près...Le fait, mais mal...Pas complètement...Irrégulièrement..

La cotation **LE FAIT MAIS** réfère aux situations où la réponse ne peut franchement être **LE FAIT** ni **NE LE FAIT PAS**. On veut ainsi par cette cote récupérer les situations où le sujet ne fait le comportement que sous stimulation verbale ou physique.

2 LE FAIT

Souvent...Acquis...Habituellement...Oui...Régulièrement...De façon autonome...De sa propre initiative...Bien...Correctement...Sans aide...La plupart du temps...

La cotation **LE FAIT** s'applique aussi aux comportements qui ne sont plus émis parce que déjà acquis par le sujet. Ainsi lorsqu'un individu peut courir (item 102), on prendra pour acquis qu'il a déjà rampé (item 94) et on cote a 2 à ce dernier item.

NP NON POSSIBLE

La cote NP (non possible) signifie que l'environnement du sujet ne lui permet pas de faire le comportement. On estime ainsi que le sujet pourrait peut-être émettre le comportement. Par contre, si l'on sait pertinemment quel sujet ne pourrait émettre le comportement même s'il n'avait l'opportunité, on cote 0.

On utilise NP dans le domaine « Habiletés de travail » pour les individus de moins de 14 ans. La Cote NP ne doit qu'être utilisée qu'à l'**OCCASION**

N.B. Cette page n'est qu'un aide-mémoire. Avant de compléter l'ÉQCA, il est important de lire attentivement les **CONSIGNES DE PASSATION** disponibles au www.labadapt.org

1-Autonomie: Alimentation-cuisine	
1. Avale les aliments en purée	
2. Avale le liquide contenu dans une tasse ou un verre qu'une autre personne tient	
3. Bouge les lèvres ou ouvre la bouche au contact de la nourriture	
4. Ne démontre pas d'opposition lorsqu'une autre personne retire la cuillère des a bouche	
5. Ouvre la bouche à la vue ou à l'odeur de la nourriture	
6. Lorsque nourrit, ferme sa bouche sur la cuillère pour retire les aliments	
7. Déplace les aliments dans sa bouche avec sa langue	
8. Suce ou aspire la nourriture dans la cuillère	
9. Accepte des aliments en purée présentés à la cuillère	
10. Ouvre la bouche pour demander de la nourriture	
11. Tient de petits aliments avec sa main	
12. Prend de petits aliments qu'une autre personne lui présente et les porte à sa bouche	
13. Est capable démanger avec ses doigts	
14. Prend des bouchées de taille appropriée	
15. Prend un verre sur une table, boit et le replace sans en renverser	
16. Mange seul avec une cuillère sans en renverser	
17. Mange seul avec une fourchette, mêmes il en renverse un peu	
18. Étend un aliment avec le co Uteau	
19. Prépare de sorties (incluant griller les rôties et étendre le beurre ou la confiture)	
20. Prépare un café, un thé ou un chocolat chaud	
21. Fait cuire des aliments simples (p.ex.: œufs, hamburgers, crêpes, etc.)	
22. Suit des recettes orales ou écrites	
23. Prépare la liste d'épicerie	
Hygiene	
24. Présente ses mains et sa figure lorsqu'on le lave	
25. Présente les bras et les jambes lorsqu'on l'es suie	
26. Est capable de laver et d'essuyer, au moins grossièrement, ses mains	
27. Tente de se savonner et de se laver	
28. Peigne ou brosse ses cheveux	
29. Se baigne ou se douche lorsqu'on le lui rappelle	
30. Lave ses cheveux quand on le lui dit	
31. Lave ses cheveux au besoin	

0=Ne le fait pas

1=Le fait mais ...

2=Le fait

NP=Non possible

Utilisation de la toilette	
32. Reste assis sur la toilette même si on le laisse seul	
33. Est capable de contrôler ses matières fécales (ne pas tenir compte des problèmes de constipation dans cet item)	
34. Démontre plusieurs des habiletés nécessaires pour aller à la toilette	
35. Demande d'aller à la toilette ou s'y rend de lui-même	
36. Va à la toilette par lui-même et de manière complète	
Habillage–Déshabillage	
37. Bouge ses membres a fin d'aider quand on l'habille	
38. Enlève, de lui-même, un des vêtements suivants: chapeau, tuque ou mitaines	
39. Pousse ses bras ou ses jambes a fin d'enfiler un chandail ou un pantalon	
40. Enlève ses bas	
41. Enlève Son pantalon	
42. Mets son pantalon seul (sans nécessairement pouvoir l'attacher)	
43. Mets on chandail seul et l'ajuste	
44. Monte sa fermeture –éclair	
45. Ferme ou attache 2 des systèmes d'attache suivants: boutons, fermeture- éclair ou agrafes	
46. Choisit ses vêtements selon l'occasion, l'endroit et la température	
47. Choisit des vêtements dont les couleurs et les styles s'harmonisent	
2. Habiletés domestiques:	
Vêtements	
48. Place ses vêtements sales à l'endroit prévu à cette fin	
49. Range ses vêtements dans la commode	
50. S'habille correctement en fonction de la situation sociale	
51. Lave son linge sale à la main ou à la machine	
Intérieur	
52. Dépose les déchets aux bons endroits (p.ex. : poubelle, corbeille à papier, etc.)	
53. Nettoie seul un dégât avec un balai, un torchon ou une lavette	
54. Époussette, balaye et range une pièce sur demande	
55. Choisit la bonne taille de literie	
56. Ajuste un thermostat à un degré approprié (p.ex.: chauffage central ou radiateur)	
Reparation	
57. Constate qu'un appareil ne fonctionne pas et nécessite une intervention d'untiers	
58. Coud des boutons lorsque nécessaire (bouton détaché ou qui menace de se détacher)	
59. Remplace un fusible ou replace le disjoncteur	
60. Répare une couture défectueuse	

0=Ne le fait pas

1=Le fait mais ...

2=Le fait

NP=Non possible

61. Raccorde un vêtement lorsqu'il est déchiré	
62. Fait des réparations mineures sur les vêtements à l'aide de la machine à coudre	
Sécurité	
63. Verrouille les portes et les fenêtres, si nécessaire	
64. Indique les conséquences possibles de laisser la maison non verrouillée	
65. Utilise avec précaution les matériaux inflammables	
Extérieur	
66. Utilise une pelle pour l'enlèvement de la neige	
67. Enlève la neige aux endroits appropriés	
3. Santé et sensori-moteur	
Santé	
68. Accepte de prendre des médicaments, de recevoir une injection ou un examen médical sans démontrer d'opposition	
69. Identifie un thermomètre médical	
70. Indique le danger d'un abus de médicaments	
71. Prend lui-même des médicaments (p.ex. Aspirine ou médicaments prescrits)	
72. Prend des rendez-vous médicaux ou dentaires	
73. Indique les mesures appropriées à prendre lors d'une température corporelle élevée	
74. Lit les chiffres indiqués sur un thermomètre médical	
75. Prend sa température ou celle d'un autre	
Motricité fine	
76. Tourne les yeux vers un objet de couleur vive	
77. Est capable de prendre un objet momentanément	
78. Suit des yeux un objet de couleur vive déplacé lentement et horizontalement	
79. Suit des yeux un objet de couleur vive déplacé lentement et verticalement	
80. Prend des objets détaillés moyens, les tourne et les relâche	
81. Regarde alternativement deux objets	
82. Cherche des yeux un objet tombé sur le sol	
83. Fait passer les objets d'une main à l'autre	
84. Tire sur une corde	
85. Attrape, avec les mains, une balle roulant vers lui sur le plancher	
86. Trace des lignes ou des courbes avec ses doigts à l'aide de peinture digitale ou autre	
87. Insère des pièces de monnaie dans une fente	

0=Ne le fait pas

1=Le fait mais ...

2=Le fait

NP=Non possible

88. Tourne les pages d'un livre une à la fois	
89. Tourne les pages d'un journal une à une	

90. Découpe du papier, du carton ou du tissu avec des ciseaux	
91. Plie une feuille de papier en quatre (des écarts de 1 cm sont acceptés)	
Motricité globale	
92. Est capable de s'asseoir et de rester en position assise (on' évalue pas ici l'hyperactivité mais bien la capacité des 'asseoir physiquement)	
93. Coucher sur le dos, s'appuie sur les avant-bras	
94. Est capable de ramper en se servant de ses bras et de ses jambes	
95. Est capable de passer de la position assise à la position pour ramper	
96. Se balance sur une chaise berçante ou sur une balançoire	
97. Est capable d'adopter la position « quatre-pattes » et de la maintenir	
98. En position de bout, se penche et ramasse un objet sans tomber	
99. Est capable d'avancer et de reculer à quatre pattes	
100. Monte un escalier en alternant les pieds	
101. Est capable de marcher en arrière sur demande sur une longueur d'environ 3 mètres	
102. Est capable de courir	
103. Est capable de marcher sur place, à pieds joints	
104. Est capable de descendre l'escalier en courant	
105. Est capable de sauter à la corde 3 fois de suite (tout en faisant tourner la corde)	
106. Est capable d'utiliser une bicyclette	
4-Communication	
Expression	
107. Est capable d'émettre des bruits de gorge ou des cris	
108. Est capable d'émettre des sons soudes vocalisés	
109. Est capable de crier pour attirer l'attention	
110. Est capable de répondre à son entourage par des sons soudes gestes	
111. Est capable de s'exprimer par des gestes ou des mimiques faciales	
112. Manifeste des expressions faciales significatives	
113. Exécute un ordre simple associé à un geste	
114. Est capable de communiquer en montrant un objet ou une personne	
115. Est capable de faire le geste qui correspond aux mots qu'on lui dit (p.ex. «bye-bye»: envoie la main)	
116. Est capable de vocaliser pour répondre à d'autres personnes	
117. Est capable d'imiter au moins 2 mots familiers	
118. Exprime au moins un mot	
119. Est capable de répondre par des gestes à des questions simples	
0=Ne le fait pas 1=Le fait mais ... 2=Le fait NP=Non possible	
120. Nomme cinq objets familiers	
121. Combine de façon spontanée au moins deux ou trois mots	

122. Exprime la possession(moi ,mon, à moi)	
Réception	
123. Réagit à son nom	
124. Regarde autour de lui quand un son est produit dans son environnement	
125. Tourne la tête et localise visuellement la source d'un bruit	
126. Regarde la personne qui parle	
127. Écoute de la musique	
128. Montre ou donne un objet sur demande	
129. Identifie 5 objets qu'on lui nomme	
130. Écoute des histoires simples	
Langage élaboré et complexe	
131. Comprend des instructions conditionnelles (p.ex.: «si tu ne fais pas ceci, tu n'auras pas cela»)	
132. Nomme cinq éléments d'une image lorsqu'on les pointe	
133. Emploie des qualificatifs	
134. Utilise la forme négation dans ses phrases (p.ex." je ne veux pas")	
135. Emploie les noms avec la forme possessive (p.ex.ma, ton, leurs)	
136. S'exprime sur des événements futurs	
137. Raconte des faits de façon cohérente	
138. Emploie les pronoms personnels (p.ex.je, tu, il, nous, vous, elles)	
139. Dits on numéro de téléphone sur demande	
140. Interrompt poliment une personne lorsqu'il a besoin de lui parler	
141. Discute d'un sujet d'actualité	
5–Habilités préscolaires et scolaires:	
Graphisme	
142. Trace un trait horizontal	
143. Trace un trait vertical	
144. Dessine une échelle à partir d'un exemple (les montants ondulés sont acceptés tout comme les barreaux qui dépassent)	
145. Trace un carré à partir d'un exemple	
146. Trace un triangle à partir d'un exemple	
Notion du temps	
147. Identifie au moins un objet servant à déterminer l'heure	
148. Nomme ou exprime les trois intervalles de la journée (matin, après-midi, soir)	

0=Ne le fait pas

1=Le fait mais ...

2=Le fait

NP=Non possible

149. Lit l'heure à la minute près sur n'importe quelle montre ou horloge quelque soit le cadran (analogue et numérique)	
---	--

150. Estime le temps que peut prendre une activité habituelle	
151. Planifie ses activités de la semaine	
Mathématiques pratiques	
152. Compte au moins jusqu'à vingt	
153. Identifie si un prix marqué est inférieur ou supérieur à \$1.00	
154. Après un achat, vérifie la monnaie qui lui revient	
155. Utilise les services bancaires	
156. Utilise les mesures de poids (p.ex.: grammes, kilogrammes, livres)	
157. Fait un chèque	
158. Évalue les longueurs ou distances (p.ex.: mètres, kilomètres, pieds, milles)	
Lecture	
159. Identifie des services publics désignés par des mots simples ou des sigles (p.ex.: toilettes, sortie)	
160. Lit et connaît la signification de 4 mots ou sigles reliés à la sécurité (p.ex.: danger, poison, sortie)	
161. Lit des chiffres écrits en lettres	
162. Lit un horaire de télévision de façon à choisir ses émissions	
Écriture	
163. Écrit son prénom	
164. Écrit son prénom et son nom	
6–Socialisation	
Interactions	
165. Est capable de réagir au bruit	
166. Réagit lorsqu'on lui donne la main ou lorsqu'on lui tend les bras	
167. Établit le contact visual	
168. Sourit lors qu'on lui sourit	
169. Manipule un jouet ou un objet	
170. Est capable de surveiller et observer les autres	
171. Est capable d'attirer l'attention des autres en faisant du bruit lorsque cela est nécessaire	
172. Explore son environnement	
173. S'approche des personnes qu'il connaît	
174. Procède à de courtes interactions avec ses pairs	
175. Salue une personne qu'il connaît	
176. Participe activement aux activités de groupe (sur demande)	
177. Est capable d'imiter les autres	

0=Ne le fait pas

1=Le fait mais ...

2=Le fait

NP=Non possible

178. Identifie les personnes des on entourage par leur nom		
--	--	--

179. Indique l'absence d'une personne familière		
180. Suit les règlements dans les jeux de groupe animés par d'autres personnes		
181. Reformule ses demandes pour se faire comprendre		
182. Donne des renseignements lorsqu'il les connaît		
183. Décrit un événement (p.ex.: joues sportive, émission de télévision, etc.)		
Déplacements		
184. Est capable de se déplacer d'une pièce à l'autre d'une quel conque façon		
185. Vient lorsque quelqu'un l'appelle ou lui fait signe		
186. Ouvre les portes		
187. Ferme les portes		
188. Voyage par transport adapté ou auto bus nolisé		
189. Marche sur le trottoir		
190. Demande de l'aide pour s'orienter lors d'un déplacement		
191. Avec le transport public, se rend seul à une destination où il va rarement		
192. Se rend seul à une destination nouvelle		
193. S'oriente à partir de cartes routières		
Resources communautaires		
194. Compose correctement des numéros de téléphone		
195. Utilise sa carte d'assurance-maladie		
196. Demande l'assistance- annuaire pour trouver un numéro de téléphone		
Magasinage		
197. Magasine sous supervision		
198. Achète un article particulier avec un budget établi par une autre personne		
199. Indique la taille des vêtements qu'il porte		
200. Achète ses propres vêtements		
Services pré-bancaires et bancaires		
201. Accumule de l'argent dans un but spécifique		
202. Indique s'il a suffisamment d'argent pour effectuer un achat		
203. Dépose et retire de l'argent à la banque		
204. Respecte un budget		
Loisirs		
205. Fait des sorties avec des personnes ressources (p.ex. : famille, amis, personnel rémunéré)		
206. Participe active ment à des jeux avec une ou plusieurs autres personne		
207. Participe à une soirée de danse en dansant ou en interagissant avec les autres		

208. Joue aux cartes	
209. Fréquente un centre communautaire	
210. Pratique un loisir ou un passe-temps	
7-Habilités de travail	
Habilités d'emploi et recherche d'emploi (14 ans et moins: NP)	
211. Va chercher et apporte quelque chose sur demande	
212. Travaille en ayant une intervention pour le motiver toutes les cinq minutes	
213. Reconnaît, prend et tient des outils simples sans nécessairement les utiliser efficacement	
214. Complète son travail sous supervision	
215. Travaille malgré de petits dérangements (p.ex. téléphone, gens qui circulent autour...)	
216. Travaille de façon continue pendant au moins 15 minutes	
217. Complète le travail sans supervision	
218. Travaille à un taux de production d'environ 50% de ses exigences habituelles en milieu de travail ordinaire	
219. Complète des tâches comprenant plusieurs étapes même en l'absence d'instructions	
220. Identifie des endroits potentiels de travail pour lui	
221. Occupe un emploi rémunéré, à temps complet ou partiel, qui ne relève pas d'un centre spécialisé	
Comportements et relations interpersonnels au travail	
222. Salue les autres travailleurs	
223. Demande de l'aide au superviseur en cas de besoin	
224. Adapte sa conduite ou son travail en fonction des remarques du superviseur	
225. Demande de l'aide à ses compagnons de travail lorsque nécessaire	

0=Ne le fait pas

1=Le fait mais ...

2=Le fait

NP= Non possible

COTATIO **Partie2:Comportements inadéquats (items226à324)****0 N'ÉMET PAS CE COMPORTEMENT****1 LÉGER**

La cote 1 réfère à un comportement **occasionnel ou bénin** qui peut nécessiter de la part des intervenants une action isolée.

2 MOYEN

La cote 2 réfère à un comportement qui nécessite de la part des intervenants **une action généralisée ou concertée** afin d'appliquer une stratégie de traitement dans le but de modifier ce comportement.

3 GRAVE

La cote 3 sera donnée lorsque le comportement est suffisamment **grave** pour que le milieu menace de rejeter la personne à cause de ce comportement ou lorsque le comportement est dangereux pour la santé de la personne ou de son entourage.

Cotation des comportements inadéquats

- a. Veuillez noter que la cote «Non-possible» **ne s'applique pas** aux items de cette section. Coter 0 si la personne n'émet pas le comportement peu importe la raison.

Partie2:Comportements inadéquats

Comportments et postures stereotypes	
226. Tape du pied continuellement	
227. Bouge constamment une main(ou les deux)	
228. Bouge ou roule la tête	
229. Berce son corps	
230. Fait les «cent pas» ou marche de long en large	
231. Tient sa tête penchée	
232. Marche sur le bout des pieds	
233. Autres comportements et postures stéréotypés ; Spécifiez: _____	
Comportements de retrait et d'inattention	
234. Reste assis ou debout dans la même position pour de grandes périodes de temps	
235. Dort souvent le jour	
236. Reste étendu sur le sol	
237. Évite le contact visual	
238. Ne répond pas lorsqu'on lui parle	
239. Reste à l'écart du groupe	
240. Est timide et réservé dans les situations sociales	
241. Autres comportements de retrait et d'inattention; Spécifiez: _____	
Habitudes et comportements inacceptables	
242. Se Parle tout haut	
243. Répète un mot ou une phrase sans arrêt	
244. Répète les paroles d'un autre	
245. Parle avec excès	
246. Émet des bruits de gorge, grognements, reniflements, etc.	
247. Grince des dents	
248. Bave	
249. Se range les angles	
250. Mange des objets non-comestibles	
251. Mange ou boit trop vite	
252. Est en retard aux activités ou à l'école ou dépasse l'heure de rentrée	
253. Quitte un endroit ou une activité sans permission	
254. Fugue ou tente de fuguer	

255. Ne reste pas assis sans intervention d'une autre personne	
256. Court, saute ou bouge continuellement	
257. Rit de façon inappropriée	
258. Sent les gens ou les choses	
259. Ramasse et conserve ou tes sortes de choses inappropriées	
260. Tire les fils de ses vêtements ou déchire du linge ou du papier	
261. Enlève ses bas et ou liers à tout moment	
262. Sort de la salle de bain ou de la toilette avant de s'être rhabillé ou se déshabille avant d'y entrer	
263. Baisse son pantalon ou lèves on chandail ou sa robe même dans les en droits publics	
264. Demande qu'on le rassure de façon exagérée	
265. Prétend être malade	
266. Change d'humeur sans raison apparente	
267. Pleure ou rit sans raison apparente	
268. Agresse physiquement les autres	
269. Lance des objets	
270. Brise des objets lorsqu'en colère	
271. Ses ouille ou se barbouille avec ses selles	
272. Joue avec sa salive ou son crachat	
273. Boit dans le bol de toilette	
274. Hurlé si on le touche	
275. Autres habitudes et comportements inacceptables; Spécifiez:	
Manières interpersonnelles inappropriées et comportements antisociaux	
276. Ment	
277. Raconte des histoires exagérées à propos des autres	
278. Agace les autres	
279. Ridiculise ou se moque des autres verbalement ou physiquement	
280. Triche	
281. Provoque des disputes sou batailles entre les autres	
282. Sacre, jure dans son parler courant	
283. Défait le travail ou les jeux des autres	
284. Met la télévision, la radio ou le système de son trop fort	
285. Parle trop fort à des moments inappropriés	
286. Ne remet pas les objets qu'il a empruntés	
287. Utilise la propriété des autres sans permission	
288. Critique les règlements, les façons de faire ou les exigences	
289. Passe devant les autres dans une file d'attente	

290. Mange dans les endroits défendus	
291. Refuse d'aller à l'école ou au travail ou à toute autre activité exigée	
292. Fait des vols dans son entourage	
293. Parle trop près de la figure des autres	
294. Se pend aux autres lors qu'ils arrivent ou partent	
295. Touche les autres de façon inappropriée	
296. Fait le contraire de ce qui lui est demandé	
297. Résiste aux consignes et aux demandes	
298. Autres manières interpersonnelles inappropriées et comportements anti-sociaux; Spécifiez: _____	
Comportements sexuels inadéquats ou divergents	
299. Utilise un langage obscène	
300. Se masturbe devant les autres	
301. Embrasse ou caresse contre leur gré d'autres personnes	
302. Fait des attouchements sexuels à des enfants	
303. Embrasse ou caresse trop intensément en public	
304. Lève ou déboutonne les vêtements des autres pour des attouchements sexuels abusifs	
305. A des relations sexuelles dans les endroits publics	
306. Ne refuse pas les avances sexuelles	
307. A des relations sexuelles avec un partenaire non consentant	
308. Autres comportements sexuels inadéquats ou divergents; Spécifiez: _____	
Comportements de violence ou d'agression	
309. Crache sur les autres	
310. Déchire livres, revues, journaux lorsqu'il est en colère	
311. Déchire ses vêtements ou ceux des autres lorsqu'il est en colère	
312. Crie ou hurle lorsqu'il est en colère	
313. Utilise un langage hostile	
314. S'emporte ou se fâche si on lui donne un ordre direct ou si on le reprend	
315. Exprime des menaces de violence à l'endroit de quelqu'un	
316. Autres comportements de violence ou d'agression; Spécifiez: _____	
Comportements d'automutilation	
317. Se mord ou se coupe	
318. Se tape ou se frappe	
319. Se frappe contre un objet	
320. S'enfonce des objets dans les orifices corporels	

321. Segratte exagérément	
322. S'arrache les cheveux ou les poils	
323. Parle de suicide ou a déjà tenté de se suicider	
324. Autres comportements d'automutilation; Spécifiez:	

Commentaires :.....

Pour être pleinement interprété, ce questionnaire doit être traité par un algorithme de correction au Laboratoire de Mesure du Comportement Adaptatif (LMCA) qui produira un **Rapport d'évaluation critère**. Vous pouvez retourner le questionnaire par la poste, par courriel ou par télécopieur (correction plus rapide, sans frais supplémentaire) en complétant les informations à la page suivante.

Il est aussi possible d'obtenir directement sur la plate forme Web du Laboratoire le rapport en format PDF. Il faut cependant obtenir un Nom d'utilisateur un Mot de passe. Ce service s'adresse aux professionnels qualifiés pour administrer ce type de questionnaire. Contactez Le laboratoire aux coordonnées à la page suivante. Des frais sont à prévoir pour ces services.

NOTE

Ce questionnaire est aussi disponible en format PDF qui peut être imprimé pour faciliter la transmission par télécopie.

AVERTISSEMENT

Lors que les résultats de ce questionnaire ont été utilisés dans un contexte diagnostique, ils doivent être interprétés par un professionnel qualifié dans le domaine.

Section à compléter par le professionnel responsable de l'évaluation

Vous souhaitez quelles résultats soient retournés à:

Nom: __ Prénom: _____ Profession: _____ Nom de l'école/commission scolaire/établissement: _____ Adresse: _____ Tél.:() _____

Vous souhaitez que la facture soit envoyée à: (Si différent de la personne qui reçoit les résultats)

Nom: _____ Prénom: _____ Nom de l'école/commission scolaire/établissement : _____ Adresse: Tél.:() _____

La facture sera émise suite à l'envoi des résultats.

Vous souhaitez que les résultats soient retournés par:(choisir une option)

- i. ↑ la poste régulière (3-5 jours ouvrables)
- ii. ↑ par télécopie (48 heures): votre numéro de télécopieur ()
- iii. ↑ par courriel en format PDF (48 heures): votre courriel

Avant de retourner le questionnaire, veuillez faire les vérifications suivantes:

1. Vous avez répondu à **toutes** les questions, indiqué la **date de naissance** de la personne évaluée et répondu en fonction du système de cotation. Un manque d'information peut provoquer un retard dans la production du rapport.
2. **Veillez vous faire une copie du questionnaire car il ne vous sera pas retourné.**
Vous devez vous assurer que les modalités de retour des résultats par courriel ou par télécopie répondent à des standards maximaux de confidentialité. Le Laboratoire vous demande de signer afin de nous assurer la sécurité des modes de réception des résultats qui seront transmis.

Signature

Date

Faire par venir le questionnaire par **télécopie** au:(514)287-0700

Ou par **courriel** à: info@labadapt.org

Ou par la **poste** à: L a b o r a t o i r e d e m e s u r e d u c o m p o r t e m e n t a d a p t a t i f

1497, boul. Saint-Joseph Est
Montréal, Qc
H2J 1M6

Résumé

Cette recherche intitulé « le comportement adaptatif chez les enfants autistes ». Notre objectif de ce thème est d'étudier les différentes manières dont les enfants peuvent s'adapter à leur environnement et interagir avec les autres en dépit de leurs troubles du spectre autistique, et donc d'élargir les connaissances sur l'autisme et contribuer à l'amélioration du soutien et de l'accompagnement des personnes atteints de TSA. Pour améliorer ce travail nous avons utilisé une étude de cas qui est au cœur de la méthode clinique, on a travaillé avec quatre (cas) enfants atteints de l'autisme au niveau de l'association « Espérance tous contre l'autisme » à Akbou.

En utilisant deux outils d'investigation « le guide d'entretien » qui contient quatre axes sur le comportement adaptatif de l'enfant, « échelle québécoise des comportements adaptatifs » (ÉQCA) pour évaluer le degré de comportement adaptatif et le comportement inadéquat chez ces 04 cas. Concernant les résultats on a constaté que les quatre cas ont un niveau moyen dans les comportements adaptatifs et dans les comportements inadéquats il y a juste trois cas qui ont un niveau moyen et un seul cas a un niveau profond. Ainsi, nous pouvons dire que nos hypothèses ont été confirmées.

Summary:

This research titled "adaptive behavior in children with autism". Our aim of this theme is to study the different ways in which children can adapt to their environment and interact with others despite their autism spectrum disorders, and therefore to expand knowledge about autism and contribute to improving support and guidance for people with ASD. To improve this work we used a case study which is at the heart of the clinical method, we worked with four (cases) children with autism at the level of the association "Hope all against autism" in Akbou .

We use two investigative tools "the interview guide" which contains four axes on the adaptive behavior of the child, "Quebec scale of adaptive behavior" (ÉQCA) to assess the degree of adaptive behavior and inadequate behavior in these children. 04 cases. Regarding the results, it was found that the four cases have an average level in adaptive behaviors and in inappropriate behaviors there are just three cases that have an average level and only one case has a deep level. Thus, we can say that our hypotheses have been confirmed.

