

**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**

**Option : psychologie clinique**

### **THEME**

# **Le comportement adaptatif chez les enfants autistes**

**Etude de quatre cas au niveau de L'hôpital psychiatrique  
d'OUED-GHIR Bejaïa**

Réalisé par :

M<sup>elle</sup> KHELIFA Melissa

Encadré par :

Dr : Amrouche Nassima

**Année Universitaire : 2023/2024**

# Remerciement

*Je tiens tout d'abord à remercier dieu de m'accorder la santé et la volonté pour élaborer cette  
recherche ;*

*Je souhaite à remercier notre promotrice Mme « AMROUCHE NASSIMA » d'avoir  
accepté de m'encadrer, je la remercierais ainsi pour son soutien durant tout le processus d'écriture  
de ce mémoire. Son expertise et sa patience pour la recherche qui m'a permis de construire un  
travail de qualité.*

*Mes remerciements s'adressent également à l'ensemble de service de E S H « OUED GHOR »*

*Pour leur aide, leur confiance, et leur autorité bienveillante.*

*Je tiens à remercier les parents des enfants autistes qui se sont rendus disponibles avec leurs aides et  
participent à mon travail et pour leur confiance.*

*Enfin je remercie tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce modeste  
travail.*

# *Dédicaces*

*A ma Chère Mère NAIMA*

*A mon Père Mohamed*

*Dont le mérite, les sacrifices et les qualités humaines*

*M'ont permis de vivre ce jour.*

*A mes Frères LOUNIS et MOUMOUH*

*A ma Chère KATIA*

*A tous ceux qui m'aiment.*

## Liste des Abréviations

Abréviation	Signification
<b>DSM</b>	Manuel de diagnostic et statistiques des troubles mentaux
<b>CIM</b>	Classification statistique internationale des maladies et des problèmes des Ant connexes.
<b>TEACCH</b>	Treatment and Education of autistic and related communication handicapped children.
<b>TSA</b>	Trouble de spectre autistique
<b>EQCA</b>	Echelle québécoise du comportement adaptatif
<b>OMS</b>	Organisation mondiale de la santé

**Liste des tableaux**

Tableau n° 01 : le niveau des comportements adaptatif	
Tableau n° 02 : le niveau des comportements inadéquats	
Tableau n° 03 : le niveau des comportements adéquats	
Tableau n° 04 : les sphères et dimensions de la deuxième partie de l'échelle du comportement inadéquat	
Tableau n° 05 : les caractéristiques de la population d'étude	
Tableau n° 06 : les résultats de la sphère de l'autonomie appliquée sur le cas de Lahcen	
Tableau n° 07 : les résultats de la sphère des habilités domestiques appliqués sur le cas de Lahcen	
Tableau n° 08 : les résultats de la sphère de la santé sensori moteur appliquée sur le cas de Lahcen	
Tableau n° 08 : les résultats de la sphère des habilités préscolaire et scolaire	
Tableau n° 09 : les résultats de la sphère de la socialisation appliquée sur le cas de Lahcen	
Tableau n° 10 : les résultats de la sphère des comportements inadéquats appliquée sur le cas Lahcen	
Tableau n° 11 : les résultats de la sphère de l'autonomie appliquée sur le cas de Akram	
Tableau n° 12 : les résultats de la sphère des habilités domestique appliquée sur le cas de Akram	
Tableau n° 13 : les résultats de la sphère de la santé sensori moteur appliquée sur le cas de Akram	
Tableau n° 14 : les résultats de la sphère de communication appliquée sur le cas de Akram	
Tableau n° 15 : les résultats de la sphère des habilités préscolaire et scolaires appliquée sur le cas de Akram	
Tableau n° 16 : les résultats de la sphère de socialisation appliquée sur le cas de Akram	

## *Liste des tableaux*

Tableau n° 17 : les résultats de la sphère des comportements inadéquats sur le cas de Akram	
Tableau n° 18 : les résultats de la sphère de l'autonomie appliquée sur le cas de azar	
Tableau n° 19 : les résultats de la sphère des habilité�e domestique appliquée sur le cas de azar	
Tableau n° 20 : les résultats de la sphère de communication appliquée sur le cas de azar	
Tableau n° 21 : les résultats de la sphère des habilité�e pr�escolaire et scolaire appliquée sur le cas de azar	
Tableau n° 22 : les résultats de la sphère de la socialisation appliquée sur le cas de azar	
Tableau n° 23 : les résultats de la sphère des comportements inadéquats appliquée sur le cas de azar	
Tableau n° 24 : les résultats de la sphère de l'autonomie appliquée sur le cas de Salma	
Tableau n° 25 : les résultats de la sphère des habilité�e domestique appliquée sur le cas de Salma	
Tableau n° 26 : les résultats de la sphère de la sant�e et sensori moteur appliquée sur le cas de Salma	
Tableau n° 27 : les résultats de la sphère de communication appliquée sur le cas de Salma	
Tableau n° 28 : les résultats de la sphère des habilité�e pr�escolaire et scolaire appliquée sur le cas de Salma	
Tableau n° 29 : les résultats de la sphère de la socialisation appliquée sur le cas de Salma	
Tableau n° 30 : les résultats de la sphère des comportements inadéquats appliquée sur le cas de Salma	

# **Sommaire**

# Sommaire

Liste des Abréviations	4
Liste des tableaux	5
Sommaire	8
Introduction	1
Chapitre I : Le cadre générale de la problématique	3
1-Problématique	4
3. La définition et opérationnalisation des concepts clés :	7
4- Le choix du thème :	8
5 -les objectifs de la recherche :	8
Chapitre II : Enfant autiste	9
Préambule :	10
I. L'enfant autiste	10
1-L'aperçu historique de l'enfant	10
2-Définition de l'enfant	12
3-le développement de l'enfant	13
• Interaction entre pairs à partir l'école élémentaire	17
II. L'autisme	19
1. L'aperçu historique de l'autisme	19
2. Définition de l'autisme	21
3-les signes cliniques de l'autisme	23
4.autres signes	25
5-la prévalence de l'autisme	29
6-les causes de l'autisme	30
7-diagnostic et évaluation de l'autisme	31
8-Diagnostic différentiel	35
9- La prise en charge del'autisme	36
10-l'autisme en Algérie	42
Synthèse	44
Chapitre III : le comportement adaptatif chez l'enfant autiste	45
Préambule	46
1-Définition du comportement adaptatif	46
2-Aperçus historique sur le terme « adaptation » :	48
3 .la symptomatologie du trouble de l'adaptation chez l'enfant	49
4-Les critères diagnostiques des troubles de l'adaptation chez l'enfant	51

<b>6-les conditions d'adaptation</b>	<b>53</b>
<b>7-mesure du comportement adaptatif</b>	<b>55</b>
<b>Synthèse</b>	<b>55</b>
<b>Chapitre IV :</b>	<b>56</b>
<b>La méthodologie de la recherche</b>	<b>56</b>
<b>1. La pré- enquête :</b>	<b>57</b>
<b>2. Le terrain de la recherche :</b>	<b>57</b>
<b>3- La méthode utilisée :</b>	<b>58</b>
<b>4-les outils d'investigation :</b>	<b>58</b>
<b>1-Définition de l'échelle</b>	<b>59</b>
<b>2- La consigne de la passation</b>	<b>59</b>
<b>3- La cotation</b>	<b>60</b>
<b>5- Le groupe d'étude :</b>	<b>65</b>
<b>6- Le déroulement de la pratique :</b>	<b>65</b>
<b>Synthèse :</b>	<b>66</b>
<b>Chapitre V : La présentation, l'analyse et la discussion des résultats</b>	<b>67</b>
<b>1-Présentation et l'analyse des résultats :</b>	<b>68</b>
<b>2- La discussion et l'interprétation des résultats :</b>	<b>92</b>
<b>Conclusion</b>	<b>97</b>
<b>Liste bibliographique</b>	<b>100</b>
<b>Annexes</b>	<b>102</b>
<b>Résumé</b>	<b>120</b>

# **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 des difficultés à effectuer des tâches de la vie quotidienne ...etc. .tous ces obstacles ça peut être regroupé 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 de problèmes, des capacités d'apprentissage, des compétences en matière d'organisation et de planification, ainsi que des compétences de 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 reparté 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 trois chapitres. Le premier chapitre expose notre problématique qu'elle contient d'hypothèse, l'objectif de recherche ainsi que les concepts opérationnels.

De plus, pour le deuxième chapitre est centré sur l'enfant autiste et l'autisme, leur historique, leurs définitions, leur diagnostic et l'autisme en Algérie.

Ainsi, pour le troisième chapitre il est consacré à expliquer les comportements adaptatifs chez l'enfant, son histoire, sa définition, ses symptômes, ses critères diagnostiques, conditions d'adaptations, l'évaluation sa mesure.

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 terrain de la recherche, la pré-enquête, la méthode utilisée, les outils d'investigations, le groupe d'étude et le déroulement de la pratique. Le second chapitre parle sur la présentation et l'analyse des résultats les discussions et l'interprétation des résultats.

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

# **Chapitre I : Le cadre générale de la problématique**

## 1-Problématique

Des milliers d'enfant naissent partout dans le monde, c'est un heureux événement pour toute la famille, mais malheureusement certains d'eux sont bouleversés et le sourire s'efface de leur visage dès qu'il remarque queleur enfant est différent des autres car ils ont porteur de trouble et handicap ou des maladies plus au moins graves qui sont à l'origine de la souffrance non seulement de ces enfants aussi de leurs parents et environnement familial et social.

Parmi ces troubles on cite l'autisme qui est considéré comme « un repliement sur soi, entraînant un détachement de la réalité et une intensification de la vie imaginative, cette attitude se retrouve à un degré prononcé chez les schizophrénies ». (N.Sil Lamy, 2009, p31).

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.(Sillamy, N.2003.P 123).

Selon le dictionnaire de la psychologie l'autisme est une maladie ubiquitaire, qui touché beaucoup plus les enfants de sexe masculin. Le trouble de spectre de l'autisme (TSA) est un trouble du développement caractérisé par des anomalies des interactions sociales et de la communication, par des intérêts restreints et des comportements répétitifs.il s'agit d'un trouble précoce qui peut entraîner des handicaps lourds et qui a des répercussions importantes sur la famille. (ROGÉ, 2003).

D'un autre point, l'autisme est d'origine génétique, neurologique, biologique ou biochimique qui constitue un handicap multi factoriel, pour eux notre

---

environnement est étrange et trouvent beaucoup de difficultés d'adaptation à la vie sociale et scolaire. (Autisme.santé.dz)

Beaucoup de recherche se sont intéresser à ce domaine de l'autisme tell que Le Dr Bernard Rim land a été le premier à avoir introduit l'hypothèse de l'origine organique, pour lui l'autisme n'est pas unique c'est un syndrome dont les causes sont multiples. Dans son étude il s'est intéressé à l'aspect anatomique, électro-physiologique et biochimiques des symptômes autistiques comme il fut le premier à avoir fait des critères de diagnostic (Rutter.schopler E.1991.P.20)

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 1er 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 ont des difficultés comportementales et développemental comme la communication verbale et non verbale, la socialisation aussi des difficultés à effectuer des taches de la vie quotidienne..., tous ses obstacles peut être regroupé dans ce qu'on appelle le comportement adaptatif

Tout d'abord, le comportement adaptatif des enfants autistes fait référence à leur capacité à s'adapter à l'environnement et à accomplir les tâches quotidiennes nécessaires à leur développement et à leur autonomie. Les domaines du comportement adaptatif sont le comportement d'interaction sociale, la vie quotidienne et la vie cognitive.

En suit les enfants autistes peuvent avoir des difficultés spécifiques dans ces domaines, inhibant leur capacité à interagir avec les autres et a accompli des

tâches indépendantes. En conséquence, ils peuvent également présenter des comportements répétitifs ou restreints qui peuvent interférer avec leurs capacités d'adaptation.

Néanmoins, il est crucial de reconnaître que chaque enfant autiste possède ses propres caractéristiques et il est confronté à divers obstacles lorsqu'il s'agit de s'adapter à son comportement.

La thérapie d'intégration sensorielle et la thérapie comportementale peuvent aider les enfants autistes à améliorer leurs comportements adaptatifs en mettant l'accent sur les domaines de communication, de la motricité fine, des compétences académiques et de la régulation émotionnelle.

Enfaite, une prise en charge précoce est essentielle pour améliorer les comportements adaptatifs des enfants autistes léger et maximiser leurs chances de réussite dans la vie quotidienne.

D'après le stage qu'on à effectuer au sein de EHS en psychiatrie au niveau d'OUED GHIR dans la wilaya de Bejaia. La prise en charge des enfants autistes, elle est faite d'une manière personnalisée au sein de cet établissement

En bref, une prise en charge bien adaptée et structurée permettra aux enfants

Atteints d'autisme ces interventions multidisciplinaires peuvent s'avérer être une ressource importante pour améliorer leur vie afin d'acquérir des compétences d'adaptation qui les aideront dans leurs vies quotidiennes.

De ce fait, nous essaierons de cerner notre problématique en limitant notre champ de recherche à la question suivante :

**Est-ce que les enfants autistes léger peuvent acquérir le comportement adaptatif ?**

Suite à la pré-enquête et les lectures faites sur le thème, nous allons proposez

L'hypothèse suivante :

---

**Certains enfants atteints d'autisme léger peuvent acquérir quelques notions du comportement adaptatif avec une bonne prise en charge.**

### **3. La définition et opérationnalisation des concepts clés :**

#### **➤ Définition de l'autisme :**

L'autisme est un trouble neurodéveloppemental qui impacte particulièrement les interactions et la communication sociale ainsi que les comportements dit "restreints et répétitifs" selon les critères de la dyade autistique du DSM 5. L'autisme peut être ou non accompagné d'une déficience intellectuelle ou d'autres comorbidités (pathologies associées)

Comme la dépression, les troubles du sommeil, des apprentissages ou l'épilepsie. Les causes sont génétiques et environnementales.

#### **➤ Opérationnalisation du concept**

Ces notre population d'étude qui est composé de quatre enfants autistes, situé dans l'hôpital psychiatrique d'OUED GHIR. Bejaia.

#### **➤ Définition du comportement adaptatif :**

Le comportement adaptatif est défini comme étant la façon dont la personne fait face aux demandes de la vie de tous les jours. Il s'agirait d'habiletés diverses permettant à l'individu de répondre positivement aux exigences d'un milieu social déterminé. Plus précisément, il s'agirait d'un ensemble de comportements expressifs et d'activités qui, aux yeux d'autrui, permettent de considérer que la personne réagit de manière satisfaisante et qu'elle est donc « reliée » à son environnement. Les réactions de la personne doivent être perçues comme étant constructives tant vis-à-vis des objets que des personnes, pour rendre la personne « acceptable ». (Doll. EA, 1947 :155).

➤ **Opérationnalisation du concept :**

Se réfère à l'ensemble des attitudes dont ces enfants font preuve pour s'ajuster à leur environnement. Il s'agit des habilités conceptuelles d'autonomie, scolaires et préscolaires, de communication et de socialisation ... etc, qu'ils développent et utilisent dans leur vie quotidienne. Ces comportements adaptatifs peuvent être mesurés à l'aide de plusieurs outils, on y trouve parmi l'échelle québécoise de comportement adaptatif.

**- Le comportement inadéquat :**

Ce sont les comportements indésirables que ces enfants faisaient avant, et qu'ils ont maintenant abandonné et réussi à acquérir d'autres nouveaux appropriés.

**4- Le choix du thème :**

Parmi les raisons essentielles du choix de ce thème, c'est que l'autisme prend de l'ampleur dans notre société, et aussi la difficulté de prendre en charge ses enfants autistes.

**5 -les objectifs de la recherche :**

L'objectif de notre recherche est de comprendre est ce qu'une bonne prise en charge peut aider les enfants atteints d'autisme léger, à acquérir quelques notions du comportement adaptatif.

# **Chapitre II : Enfant autiste**

## Préambule :

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

### I. L'enfant autiste

#### 1-L'aperçu historique de l'enfant

Les historiens se sont intéressés au concept de l'enfance surtout sur la publication d'un livre devenu célèbre, l'enfant et la vie familiale sous l'ancien régime de Philippe Ariès ; on voit aussi les travaux de Michelle Perrot sur la famille et la vie privée et d'Élisabeth Badinter sur l'amour maternel. Ariès étudie la représentation de l'enfant dans l'art à travers les siècles et il a noté qu'avant le XII<sup>ème</sup> et XIII<sup>ème</sup> siècle l'enfant était représenté comme un petit adulte, c'est-à-dire reconnaissable uniquement par sa petite taille. Ce n'est qu'à partir du XIII<sup>ème</sup> siècle que l'art accorde une morphologie propre de l'enfant représenté. (Heisenberg, 2001).

En partant de ce constat et en étudiant les modes de vie des populations (en France) à travers l'histoire, Ariès distingue deux périodes : La première période: La société traditionnelle se représentait mal l'enfant et encore moins l'adolescent. La durée de l'enfance était réduite à sa période la plus fragile quand l'enfant n'arrivait pas à se suffire.

L'enfant à peine débrouillé physiquement était mêlé aux adultes, partageant leurs travaux ainsi leurs jeux. Des très petits enfants il devenait un homme jeune, sans passer par les étapes de la jeunesse devenues des aspects essentiels des sociétés évoluées d'aujourd'hui. La socialisation et la transmission des valeurs les et

savoirs n'était donc pas assurées par la famille, l'enfant tirait par la famille, l'enfant s'éloignait vite de ses parents. L'éducation se faisait par l'apprentissage, grâce à la coexistence des enfants et des adultes. L'enfant tirait ses connaissances en aidant les adultes. Les échanges affectifs et les communications sociales avaient lieu en dehors de la famille, dans un milieu très dense et chaleureux composé de voisins, d'amis, de maîtres et serviteurs, d'enfants et de vieillards, de femmes et d'homme. **(Heisenberg, 2001).**

La deuxième période : Elle a commencé à partir de la fin du XVII<sup>ème</sup> siècle, quand progressivement l'école s'est substituée à l'apprentissage comme moyen d'éducation. L'enfant a cessé d'être ménagé aux adultes et d'apprendre la vie directement à leur contact. Il a été séparé des adultes et maintenant à l'écart (la scolarisation) avant d'être lâché dans le monde.

Cette séparation des enfants et des adultes était due en très grande partie à la tentative de moralisation des hommes voulue par l'Église. Les parents s'intéressèrent aux études de leurs enfants et la famille devint ainsi un lieu d'affection pour Ariès le sentiment de famille est né avec la scolarisation intense de la jeunesse. D'autres historiens ont affiné cette étude de l'enfance à travers les époques.

En effet, il semble donc maintenant assuré que la place accordée à l'enfant est variable suivant les sociétés et qu'elle s'est considérablement modifiée à partir du XIX<sup>ème</sup> siècle, sous l'effet du culte de la maternité. C'est à cette époque que l'enfant devient l'objet d'un attachement spécifique qui ne fera que croître avec les progrès de la médecine, puis la généralisation de la contraception dans les sociétés industrielles. Il semble aller de soi que plus le taux de mortalité diminue, plus la perte d'un enfant n'est douloureuse. De même, plus l'enfant est désiré consciemment, plus sa place n'est censée devenir importante dans l'affect paternel. C'est dans ce contexte et dans la crise de la famille bourgeoise que sont nées la psychologie de l'enfant et la psychanalyse. **(Heisenberg, 2001).**

## **2-Définition de l'enfant**

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

(Dorons R. et Parrot F., 2007 p 55).

Les processus de développement vont inclure l'ensemble des interactions entre l'enfant en devenir et son environnement, car les facteurs externes peuvent jouer un rôle important dans la croissance de l'enfant. L'enfance est cette riche et fragile période où la personnalité se fabrique et s'épanouit en interaction avec son environnement social et affectif (Corinne Antoine, 2010, p 251)

« L'enfant devient un être à part entière, perçu dans sa globalité et à travers tous les aspects de sa vie, qui n'est plus seulement « le fils... », C'est-à-dire la possession de ses parents ou de l'état, mais le sujet de ses propres droits à partir du XVI<sup>e</sup> siècle, l'idée que les enfants sont des êtres vulnérables qu'il faut protéger, émerge peu à peu en accord avec l'attention accrue accordée aux droits de l'homme depuis les révolutions ». (Article Droit De L'enfant, 2009).

Ainsi, selon la législation algérienne, et en conformité donc avec la convention internationale relative aux droits de l'enfant, la loi 15-12 définit l'enfant en l'article 2 comme « toute personne n'ayant pas atteint dix-huit (18) ans révolus. Et le terme mineur a le même sens ». (Daoudi, 2017, pp. 12, 13).

### 3-le développement de l'enfant

#### 3-1-le 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).

L'apport de la psychanalyse sur le développement psychoaffectif de l'enfant est important de nombreux auteurs ont contribué à l'explication des différentes étapes du développement et la manière dont l'enfant va résoudre et vivre ses différents stades déterminera sa personnalité adulte. Ces stades caractérisent également l'évolution du fonctionnement psychique de l'individu. Parmi ces auteurs, on trouve le fondateur de la psychanalyse S.Freud, A. Freud, Mélanie Klein, D. Winnicott, R. Spitz et d'autres.

- **Le stade oral:**

Ce stade recouvre approximativement la première année de la vie et globalement c'est une année consacrée à la préhension : prise d'aliments mais aussi prise d'informations au sens large. (Golse B,2008, p18).

L'enfant découvre et prend conscience de son environnement à travers la bouche. Toute l'activité de plaisir de nourrisson est centrée autour de la zone bucco labiale (bouche, lèvres, langue). C'est à travers l'alimentation de l'enfant que s'établit la relation mère-enfant. Le but de la pulsion est double : d'une part, un plaisir auto-érotique: la pulsion n'est pas diriger vers d'autre personnes, elle est satisfait dans le Corps propre de l'individu par stimulation de la zone érogène orale; d'autre part, un désir d'incorporation des objets: à ce stade en soi équivaut à être l'objet. Cette phase se termine avec l'apparition du sevrage(Golse B., 1985, p. 18)

Par la suite Abraham(1913) a subdivisé le stade oral en deux sous-stades le premier est le stade oral primitif de 0 à 6 mois: marquer par l'état de non-différenciation mère- enfant et par le plaisir du suçotement. Le second sous-stade est le stade oral tardif ou phase sadique oral de 6 à 12mois: marquer par le passage de la succion au désir de mordre, manière pour l'enfant de satisfaire son désir de s'approprier et d'incorporer le sein maternel. (Golse B., 1985, p.19).

- **Le stade anal:**

Recouvre approximativement la deuxième année de la vie, jusqu'à l'âge de 3-4 ans. la zone érogène est la zone anale. C'est la période de l'apprentissage du contrôle sphinctérien; l'enfant prend conscience du pouvoir de maîtrise qu'il assure son propre corps il peut retenir ou expulser ses selles ; garder pour lui ou "offrir" à ses parents ses selles en" cadeau Cette maîtrise de l'excrétion est également, pour l'enfant, le signe d'une prise d'autonomie par rapport à sa mère.

A ce stade, Freud (1905) décrit une opposition entre l'activité correspondant au sadisme et la passivité correspondant à l'érotisme. Au sein de ce stade Abraham distingue également deux sous stades : d'une part, le stade sadique anal de 12 à 18mois: le plaisir auto érogène est pris à l'expulsion, les matières anales étant détruites ; d'autre part, le stade rotationnel ou phase masochiste anale de 18 à 24mois : le plaisir est recherché dans la rétention, introduisant la période d'opposition au désir des parents. C'est également à ce stade ou l'enfant consolide la frontière entre l'intérieur et l'extérieur, entre le moi et le non-moi, et qu'il commence à prendre du plaisir dans la manipulation relationnelle des objets extérieurs (mère ou substitut). (Golse,1992,p-21)

- **Le stade phallique :**

Précède la problématique œdipienne. Vers 4ans l'enfant découvre qu'il peut également expulser ou retenir son urine il fait la découverte de son sexe et du plaisir qu'il trouve à le toucher : c'est la période de la masturbation infantile.il prend également conscience de la différence des sexes.

Le garçon découvre l'absence du pénis chez la fille. Apparaît alors l'angoisse de castration : le petit garçon est angoissé à l'idée qu'en a pu supprimer le pénis chez la fille et qu'en pourrait lui subir le même traitement. La petite fille quant à elle, n'étant pas munie d'un pénis, est attirée par celui d'un grand frère ou, surtout, de son père. Elle cherche à acquérir ce pénis auprès de lui. Elle connaît également une brève période d'angoisse de castration qui se dissipe rapidement. Ce stade aboutit à une grande curiosité sexuelle chez l'enfant : « comment les enfants viennent-ils au monde ... » (Rooselaer N. et Chevalley M., 1994, p.18).

- **Le complexe d'Œdipe :**

La période œdipienne se déroule approximativement vers l'âge de 5-6 ans. Freud décrit un double mouvement, positif et négatif, à l'égard de chaque parent. Le complexe d'Œdipe positif s'exprime par un attachement amoureux (désir sexuel) de l'enfant pour le parent de sexe opposé et des sentiments de haine ou de rivalité à l'égard du parent du même sexe. Lors de complexe d'œdipe inversé ou négatif, le garçon prend une position séductrice à l'égard du père ainsi que des attitudes féminines. Cependant, ce désir est contrecarré par l'angoisse de castration : le petit garçon craint son père ne le punisse en lui supprimant son pénis. La fille, quant à elle, prend une position masculine pour plaire à la mère et en identifiant au père il y a également un rejet du père.

Le complexe d'œdipe se résout par l'identification au parent du même sexe car l'enfant prend conscience de ses sentiments coupables d'écarter l'un des parents. (Golse B., 1992, pp24-25)

- **La période de latence :**

De 6-7 ans à 12 ans; Période de calme affectif. L'investissement au niveau de la curiosité sexuelle est remplacé par l'investissement scolaire, l'enfant s'engage dans des activités de développement valorisantes. Celui-ci s'accompagne de la socialisation progressive de l'enfant la curiosité. Ce processus de détournement de la sexualité vers des voies socialement acceptables, comme le sport ou la création

artistique, s'appelle la sublimation. La période de latence est suivie de la pré-adolescence et de l'adolescence qui amèneront de nouvelles perturbations psychologiques et affectifs. (Mareau.et Dreyfus A.V,2004 P75).

### **3-2-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 10et 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 sociale 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 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 lié 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 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 lié 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 R 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).

### **3-3-Le développement cognitif**

Un enfant autiste a des problèmes de développement cognitif, il peut présenter des problèmes de langage, selon Frith, les difficultés dans le domaine du langage ne se constituent pas le domaine de phonétique ni celui de syntaxique mais plutôt au niveau sémantique c'est-à-dire : elles résident dans la capacité de comprendre à donner sens au langage et au niveau de la pragmatique dans l'utilisation du langage dans le but communication.

Un enfant autiste utilise les écholalies, il s'appelle par son propre nom au lieu d'utiliser le pronom «je», également l'enfant autiste à des déficits globaux dans le traitement de l'information dans les fonctions exécutives. (Frith,2004).

## **II. L'autisme**

### **1. L'aperçu historique de l'autisme**

La paternité de l'autisme revient au psychiatre Leo Kanner qui a décrit, en 1943, chez onze enfants « l'intelligence normal », et cela pour la première fois.« les trouble autistique du contact affectif. » Kanner a l'intuition d'une médecine psychiatrique spécifique à l'enfant, complexifiée par son caractère développemental et la singularité de l'histoire psychoaffective et éducative de l'enfant.

En 1930, il est amené à diriger le premier service de psychiatrie pour enfants aux États-Unis cinq ans plus tard, il publie le premier manuel de psychiatrie infantile en langue anglaise. Treize ans plus tard, la publication des « trouble autistiques du contact affectif. » font l'effet d'un coup de tonnerre dans le milieu psychiatrique anglo-saxon de l'époque. Bien que ces enfants présentent Des troubles différents, Kanner observe chez tous un repli sur soi ce repli s'exprime dans différents domaines « affectifs. » : la relation aux autres, la communication verbale, le temps (ils ont besoin de « ne pas être dérangés. » « De ne subir aucun changement. »). Pour décrire cet état commun, il emprunte à la clinique psychiatrique adulte la dénomination d'un symptôme, l'« autisme », qui fait référence au repli sur soi décrit dans la schizophrénie, par un autre psychiatre, Eugen Bleuler, trente ans auparavant.

L'utilisation de ce symptôme de la schizophrénie contribuera probablement à la confusion existante longtemps entre autisme et schizophrénie, non seulement dans le public, mais aussi chez le psychiatre : la question d'une entité commune à la schizophrénie et à l'autisme en tant que trouble schizophrénique précoce sera

définitivement abandonnée au cours des années 1980 sur le plan international. (Dominique yvon, 2014, pp 82,83)

Dans les années 50-70 les conceptions psychanalytiques ont fortement marqué la psychiatrie française et la compréhension de l'autisme. L'autisme était alors relié aux « psychoses infantiles », terme employé dans les classifications officielles jusqu'en (1980). Par la suite d'autres courants de recherche théorique ont pris une importance croissante dans l'étude du développement normal et pathologique de l'enfant : biologie, psychologie développementale, sciences cognitives... La compréhension des troubles autistiques a été fortement modifiée par ces contributions, et continue d'être enrichie par les recherches actuelles. En 1980 le concept de psychose infantile a été abandonné au plan international, en même temps qu'est apparu le terme de Trouble Envahissant du Développement (en 1975 dans la CIM 9) et en (1980) dans le DSM-III.

L'autisme est conçu actuellement comme un trouble neuro-développemental aux origines multifactorielles, notamment génétiques. Il existe actuellement une controverse pour savoir si l'autisme et les différents types de TED représentent un continuum, ou s'il s'agit d'entités différentes justifiant le terme de « spectre des troubles autistiques » (Autisme Spectrum Disorders) qui tend à devenir le plus utilisé. Il est intéressant de souligner que les premières personnes à avoir reçu le diagnostic d'autisme viennent tout juste d'atteindre le troisième âge.

Enfin même si les syndromes autistiques et schizophréniques ont des parentés sur le plan de certains mécanismes neuropsychologiques et peut être dans le mode de transmission, ces deux affections ne sont pas superposables. Ainsi bien qu'il soit parfois déficit d'isoler des signes très intriqués dans le développement (notamment à l'adolescence) et d'individualiser les tableaux cliniques, il est important malgré

tout de ne pas mélanger des affections contrastées, notamment pour le traitement, les prises en charge et la validité des recherches. (Tardif, 2003 ; P.09).

## **2. Définition de l'autisme**

L'autisme est un trouble du développement précoce de l'enfant. L'autisme a fait couler beaucoup d'encre puisque la cause des psychoses autistique donné lieu à de multiples controverses.

Cependant aujourd'hui, un consensus semble établi pour reconnaître qu'il existe une large variété de manifestations clinique, on note également un accord sur certains critères cliniques même si ceux-ci sont évolutifs. Cependant, le nature décès anomalies et leur lien avec les caractéristiques comportementales qui définissent l'autisme restent énigmatique.

Il existe plusieurs définitions traitant l'autisme, que nous trouvons dans plusieurs types d'ouvrages, et dans différents dictionnaires. Nous allons relever quelques-unes de ces définitions pour bien cerner le trouble.

### **2-1-selon la CIM 10 et DSM 5**

Ces troubles se caractérisent par une altération globale des capacités de communication et des perturbations dans la relation avec les autres, des activités et des intérêts restreints et répétitifs avec les autres et souvent stéréotypés. En théorie, il n'existe pas de retard mental associé mais en réalité clinique le fonctionnement cognitif présente habituellement des particularités. Au plan psychologique les TSA se caractérisent par altération de l'organisation progressive de la personnalité avec la capacité d'adaptation à la réalité variable en fonction du niveau d'exigence sociale et du niveau d'angoisse de l'enfant.

(Tardif & Gepner, 2003).

### **2-2-selon L'OMS (organisation mondiale de la santé)**

L'OMS définit l'autisme comme un trouble envahissant du développement

(TED) caractérisé par un développement anormal ou déficient manifesté avant l'âge de trois ans avec une perturbation caractéristique du fonctionnement dans chacun des trois domaines suivant : Interaction sociale réciproque, communication, comportement ou caractère restreint ou répétitif

### **2-3-selon le dictionnaire de psychologie Larousse**

Selon le dictionnaire de psychologie Larousse le terme d'« autisme » est dérivé du grec auto, qui signifie « soi-même » il a été introduit pour la première fois en psychiatrie en 1911 par E. Bleuler, dans son ouvrage *dementia praecox* ou groupe des schizophrénies, pour désigner, chez les malades schizophrénies adultes, la perte du contact avec la réalité, entraînant comme conséquence une grande difficulté à communiquer avec autrui, la vie intérieure acquérant une prédominance morbide aux dépens du rapport avec la réalité. Plus tard, d'autres auteurs décriront, de façon analogue, l'autisme comme un symptôme important bien que non spécifique de la schizophrénie infantile. Mais c'est en 1943, dans son article original « autistique disturbance of affective contact », que le psychiatre américain L. Kanner décrira, sous l'expression d'« autisme infantile précoce », un tableau clinique différent de la schizophrénie infantile et caractérisé selon lui par une incapacité du petit enfant dès sa naissance à établir des contacts affectifs avec son environnement. (Sylvie Angel, Corinne Antoine, 2010, p168,169). «

L'autisme est un trouble grave du développement qui se manifeste sous divers aspects, en général avant l'âge de trois ans. Les personnes atteintes de troubles du spectre de l'autisme présentent des caractéristiques cliniques dans trois domaines qu'ont appelés également la triade autistique : altérations qualitatives des interactions sociales réciproques, des modalités de communication, et un répertoire d'intérêts restreint, stéréotypé et répétitif, les personnes atteintes d'autisme souffrent de graves troubles dans les relations et la communication. Elles ont des difficultés à entrer en contact avec l'autre ». (Julien & Langlois, 2009, p09).

Selon le dictionnaire de psychologie : « l'autisme est un repliement excessif sur soi, entraînant un détachement de la réalité et une intensification de la vie imaginative, cette attitude se retrouve à un degré prononcé chez les schizophrénies ». (Sillamy, 2003, p31).

### **3-les signes cliniques de l'autisme**

L'autisme, touche donc précocement toutes les fonctions d'adaptation, et il se caractérise par un ensemble de signes cliniques, présents dans les trois domaines essentiels, que sont donc l'interaction sociale, la communication, et les intérêts répétitifs et/ou restreints des comportements.

#### **3-1-Anomalie de communication**

Ce sont à la fois le langage et la communication non verbale qui sont très perturbés. Le langage expressif peut être absent. Lorsqu'il se développe, il est retardé et se caractérise par de nombreuses particularités : écholalie, inversion des pronoms (utilisation de « tu à la place de « je »), incapacité à utiliser des termes abstraits, mots détournés de leur sens habituel. Dans les cas où le langage est bien développé, la voix a fréquemment une modulation anormale, avec un débit et un rythme particulier. (Pascal Lenoir, 2007).

La communication peut être gênée aussi par une tendance au soliloque ou des incongruités. La syntaxe est souvent immature mais peut être correcte. Les mots concrets sont les premiers (ou les seuls) reconnus quel que soit le stock lexical; et les conversations abstraites, l'humour, les mots dont la signification varie avec le contexte, ne sont pas accessibles à l'enfant.

Enfin quel que soit le niveau de langage, le sujet semble incapable d'entrer dans un échange à type de dialogue. Les modes de communication non verbales sont aussi limités, que ce soit pour comprendre autrui - mimiques, sourires, gestes ou pour aider à l'expression : désigner du doigt, dire au revoir, avoir des mouvements de joie, de surprise ou de peur.

Les expressions faciales sont pauvres, le sourire rare. Le partage avec autrui des activités ou intérêts est limité, l'enfant n'initie pas de gestes interactifs, n'imité pas ceux de l'adulte, l'instrumentalise en le considérant « pour une partie de lui-même » : il prend sa main pour obtenir quelque chose, ou s'assoie sur lui comme sur une chaise.

### **3-2-troubles de relation**

Ces perturbations, se traduisent par des comportements déviants, dont l'expression peut varier considérablement, d'un sujet à l'autre, chez les uns, c'est l'apparence d'une indifférence qui domine, parfois accompagnée d'un évitement du contact physique l'ignorance des autres personnes, le contact visuel réciproque, l'acquisition du sourire social dès les premières semaines ne sont pas observés, plus tard, on observe également un évitement du regard de l'autre, les fixations visuelles peuvent aussi comporter des balayages visuels inopérants.

La durée d'exploration, est très courte ce qui renforce une certaine incapacité, à traiter les informations d'ordre social et affectif, chez les autres ça peut être davantage des réactions excessives d'agrippement, même si les capacités de réception et d'expression sont à la base déficitaire, des cris et des pleurs sans raison apparente sont enregistrés. Un des traits dominants de cette inadéquation sociale s'avère être aussi l'absence des comportements, d'anticipation qui se met habituellement en place, dès le très jeune âge. d'ailleurs un des premiers signes, qui alarme les parents, lorsqu'ils constatent que leur enfant ne tend pas les bras lorsqu'ils s'apprêtent à le prendre, et qu'il n'ajuste pas sa posture une fois pris dans les bras, la faible compréhension des expressions des autres entraîne une difficulté à s'harmoniser avec eux, et à partager sur le plan émotionnel, l'enfant est donc isolé, ne recherchant pas le contact des autres, et particulièrement des enfants de son âge, il ne parvient pas à développer de jeux sociaux avec les autres enfants, et ne s'adapte pas aux situations de groupe, 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. (Rogé, 2003. P.23).

### **3.3. Comportements, activités et intérêts répétitifs**

La vie de famille est perturbée par les problèmes de comportement de l'enfant autiste, spécialement si l'enfant développe une attitude agressive ou s'automutile. Souvent une hyperactivité et des troubles du sommeil ou de l'alimentation aggravent les problèmes de comportement, tomber malade devient un luxe, se reposer est impossible, les parents sont submergés par la fatigue. Les relations familiales sont tendues, les frères et sœurs sont ou se sentent négligés de ce fait. La famille vit dans une situation de stress chronique qui mine l'endurance des parents et les conduit souvent au divorce, laissant à l'un d'entre eux, le plus souvent la mère, la charge d'élever seule ses enfants, avec tout ce que cela implique. Stéréotypies ; difficultés à exprimer des émotions et à comprendre celles des autres. (Juhel, 2003, P.48).

Les activités répétitives concernant le corps. On peut observer des balancements, des postures anormales ou des mouvements des mains ou des bras postures et mouvements complexes du corps peuvent se combiner surtout dans les formes sévères d'autisme. L'enfant peut par exemple poser la tête au sol et se balancer dans cette position, s'enrouler dans les pieds d'un meuble dans une posture que d'autre jugeraient inconfortable, se glisser dans un endroit où son corps sera comprimé. (Rogé, 2003, P.25).

## **4. autres signes**

### **4.1 problèmes psychomoteur**

Des signes tels que l'hypertonie ou l'hypotonie, des anomalies discrètes sur le plan postural, et des problèmes de coordination peuvent déjà être décelés précocement. Les troubles se situent dans le domaine de la motricité globale comme dans celui

de la motricité fine et les perturbations touchent à la fois la motricité instrumentale qui permet l'adaptation à l'environnement, et la motricité de relation qui participe à la communication par les gestes et les postures. (Roge, 1991, P.27).

Au niveau de la motricité globale, que le rythme de développement ait été affecté au départ ou non, le maintien et les déplacements présentent ensuite des particularités. Les mouvements peuvent être pauvres, ralentis ou différés dans leur exécution avec en particulier des difficultés de démarrage du geste. Les problèmes d'initiative sont également fréquents, l'enfant ne produisant pas un geste dans le contexte où il serait adapté alors qu'il peut très bien le réaliser par ailleurs.

Des postures particulières peuvent être observées comme la tête inclinée sur l'épaule. Dans les déplacements sont notées des anomalies comme le positionnement des bras en flexion ou en extension, les mouvements d'accompagnement de la marche étant inexistantes où se produisant à contretemps. La marche sur la pointe des pieds qui peut être observée dans le développement normal, subsiste à un stade où elle devrait avoir disparu. (Rogé, 1991).

Des mouvements stéréotypés peuvent interférer avec le mouvement et rythmer les déplacements. On enregistre parfois une aisance paradoxale à ce niveau, l'enfant étant alors capable d'adopter des postures à la limite de la rupture d'équilibre, d'escalader des obstacles et de manifester des compétences qui se situent largement au-dessus de son âge.

#### **4-2-problèmes sensoriels**

Il est très important de porter une grande attention à l'environnement sensoriel des personnes avec autisme et tout particulièrement à celui des enfants, car, à l'instar des grandes personnes, ils n'ont pas encore de réelles possibilités de l'adapter à leur convenance. Outre le caractère désagréable, voire douloureux d'une sur

stimulation sensorielle, quelle qu'en soit la nature, les capacités cognitives se trouvent considérablement réduites au cours de celle-ci, comme si la plus grande partie de l'énergie psychique était absorbée par cette sur stimulation, entre autres dans les essais de maîtrise, d'ailleurs pas toujours couronnée de succès, des réponses émotionnelles déclenchées par cette excitation. (Caucal, 2013, P.141).

Il existe chez l'enfant autiste des particularités sensorielles qui peuvent concerner un ou plusieurs canaux. Les modalités concernées sont variables selon les enfants. Ces particularités se manifestent par des seuils de réponse différents par rapport à la norme. Ainsi, le seuil de réponse peut être plus faible que la norme pour une modalité sensorielle, on parle alors d'hypersensibilité.

### **4.3. Problèmes dans l'acquisition de la propreté**

L'acquisition de la propreté est généralement problématique. Des cas d'apprentissage instantanés et brutaux se rencontrent. L'enfant dans ce cas devient propre du jour au lendemain, ce qui contraste curieusement avec d'autres domaines dans lesquels son développement est retardé. Mais dans la majorité des cas, le contrôle est difficile à établir, et ceci, pour différentes raisons. Il existe fréquemment des troubles du transit avec diarrhée ou constipation rebelle. (Chossy, 2003, PP.26-27).

Ces anomalies peuvent être renforcées par des habitudes alimentaires peu adaptées. L'enfant peut aussi être indifférent à l'égard des signaux en provenance de son propre corps, soit qu'il ne les perçoive pas, soit qu'il n'en intègre pas le sens. L'éventualité de selles douloureuses est également à envisager, surtout dans le contexte d'une constipation, et lorsque l'enfant présente par ailleurs les signes d'une hypersensibilité au niveau des muqueuses. Enfin, des peurs spécifiques liées aux toilettes, des rituels ou des intérêts stéréotypés comme le fait de tirer la chasse d'eau parasitent parfois fortement l'apprentissage de la propreté. (Chossy, 2003, P.28).

#### **4-4. Troubles d'alimentation**

Les problèmes d'alimentation chez les personnes atteintes d'autisme ont jusqu'à présent, expliqués sous l'angle sensoriel, plus précisément du point de vue de l'hypersensibilité sensorielle. D'une part parce que nous n'avons pas encore expliqué pourquoi une personne a des problèmes d'alimentation. D'autre part parce que trop peu de conseils ont été présentés jusqu'à maintenant. La partie suivante essaie d'y remédier en expliquant comment la théorie sur la cécité contextuelle chez les personnes atteintes d'autisme les personnes atteintes d'autisme n'ont donc plus aucune garantie que ce qu'elles mangent soit comestible si justement ces détails spécifiques venaient à changer. Les enfants autistes présentent d'importantes particularités sensorielles, qui vont gêner le bon déroulement du repas. Ils peuvent notamment être sensibles à la lumière, aux bruits, à certaines textures ou certaines odeurs. Ces spécificités entraînent des répercussions sur leur alimentation, qui est souvent très sélective. (**Prudhon, 2012, PP. 91- 104**).

#### **4-5-troubles émotionnels**

Le lien émotionnel peut passer par certains aspects visuels ou sonores.

L'enfant commence à montrer une émotion au moment de la séparation d'avec l'objet, l'enfant peut manifester une angoisse de ré-perte d'enveloppe. Comme s'il y avait arrachement, lorsque l'enfant quitte le corps de l'adulte, on peut remarquer une alternance de jubilation et de crainte dans les retrouvailles du regard.

Les émotions apparaissent avec des crises de colère ; de pleurs ; de joie appropriée et apparaissent avec possibilités d'échanges tendres. Le matériel va pouvoir être utilisé comme tiers dans la relation à l'enfant. La séparation va commencer à être acceptée sans angoisse. (Soularol, 2003, PP.106-142).

L'ensemble de ces signes conduit à classer aujourd'hui l'autisme parmi les troubles envahissants du développement. Ainsi pour qu'il y ait mise en place des remédiations et des prises en charge thérapeutiques efficaces et spécifiques aux problèmes de l'autisme il faut reconnaître précisément les déficits et les capacités et caractériser la nature de ces déficits et leurs mécanismes. (Bruno,1998, P.34).

#### **5-la prévalence de l'autisme**

On estime actuellement que la prévalence de l'autisme est de 1 pour 400 individus et que la prévalence de l'ensemble des TSA est d'environ 1 pour 100 individus. Le nombre de garçons touchés est systématiquement plus élevé que le nombre de filles, selon un rapport de 5/1. De plus, la comparaison des études de prévalence selon l'année de publication indique une tendance claire : les taux de prévalence des TSA augmentent. Alors que ces estimations sont surtout fondées sur des études réalisées en Amérique du Nord et en Europe occidentale, une revue systématique récente ayant inclus une représentation plus diversifiée d'estimation de la prévalence à l'échelle mondiale présente des chiffres similaires. Dans tous les cas, les taux de prévalence et les caractéristiques des populations à partir desquelles ils ont été dérivés varient énormément. Cependant, il existe un débat sur le fait de savoir si cette augmentation est le signe d'une réelle épidémie de

TSA ou non. Plusieurs facteurs peuvent expliquer au moins en partie la hausse du taux de prévalence des TSA comme les modifications des critères diagnostiques au fil du temps dans le DSM et l'ICD, la substitution et l'accrétion diagnostique et la variabilité des procédures d'évaluation des cas dans les différentes études. Des regroupements d'utilisateurs ont utilisé le concept d'épidémie d'autisme pour améliorer le sort des individus touchés par un TSA, ce qui a amené des organismes gouvernementaux notamment en Amérique du Nord à s'impliquer dans le domaine. Si ce phénomène, indépendamment de la cause de l'augmentation des TSA.

## **6-les causes de l'autisme**

### **6-1-causes génétiques :**

L'hérédité chez le trouble du spectre autistique se varie entre 0 et à plus de 90% dans les études s'appuyant sur les taux de concordance du trouble chez les jumeaux (DSMS, 2015). Les premières études d'ordre génétiques ont été suggérées par Kanner en 1954. A partir de cela plusieurs études l'ont confirmées notamment sa relation avec les jumeaux monozygotes. Cela a commencé dans les pays anglo-saxons dans les années 70-80 (Gener, 2003). L'étude des jumeaux monozygotes était pour B. Rimland le test décisif pour le caractère inné du trouble autistique infantile. Cet auteur a rapporté quatorze cas de jumeaux, onze d'entre eux sont monozygotes qui présentent un tableau clinique autistique. (De AjuriaGuerra, 1980). Également les études qui ont été faites sur les familles ont montrées que le risque pour les frères et sœurs d'être autiste est environ 4% chez les familles qui ont un enfant autiste. (Gepner, 2003).

### **6-2-causes biochimiques :**

Plusieurs types de désordres au niveau des neuromédiateurs ont été trouvés qu'ils sont en relation avec l'autisme. Parmi ces neuromédiateurs, il y'a en premier lieu la sérotonine : chez les patients autistes, on trouve qu'elle est élevée dans le sang à 30 à 50%. (Rogé, 2008).

Cependant chez l'autisme infantile, c'est la concentration de la sérotonine dans les plaquettes qui est augmentée. (Mazet et al. 1990). En deuxième lieu, la dopamine qui est probablement impliqué aussi dans l'autisme. Les substances qui bloquent les récepteurs à la dopamine diminuent certains symptômes comme les stéréotypies ou d'autres signes moteurs. (Roge,2008). En conclusion, nous pouvons dire que l'étiologie de l'autisme est encore mal connue, et avec la grande variété de tableaux autistiques, laisse penser aux chercheurs qu'il ne s'agit pas d'une seule cause mais bien d'une combinaison de plusieurs facteurs qui influenceraient plus ou moins.

### **6-3-causes neurologiques :**

De nombreuses maladies neurologiques sont en relation avec l'autisme. Dans le premier lieu ils ont découvert un poids généralement élevé de la masse cérébrale qui correspondent aux données qui concernent le permettre crânien supérieur à la moyenne. Les enfants autistes ont un cerveau qui présente un paterne de croissance atypique. Dans plusieurs séries de patients, l'existence des anomalies structurales a été confirmée. Les anomalies décelées touchent plus particulièrement le cortex, le système limbique, le cervelet et les connexions complexes existant à ce niveau.il existe aussi d'autres anomalies comme l'hypoplasie, l'amygdale. (Mazet et al.1990).

## **7-diagnostic et évaluation de l'autisme**

### **7-1-diagnostic de l'autisme**

Il est important de détecter rapidement l'autisme chez l'enfant. Grâce au diagnostic précoce, les parents comprennent plus tôt pourquoi leur enfant présente un comportement si inhabituel et peuvent réagir plus vit et d'autant plus efficacement à la situation. Établir le diagnostic demande sensibilité, jugement et intuition. Il n'y a pas de tests spécifiques pour l'autisme ; il n'y a pas de symptômes particuliers

(rien n'est pathognomonique). Il n'est pas de symptôme absolu soit pour confirmer, soit pour infirmer le diagnostic. (Laxer, 1983, P.39).

Le retard à l'établissement du diagnostic est généralement attribué à une sensibilisation insuffisante des praticiens aux symptômes très précoces de l'autisme et au fait que les examens de routine effectués durant les premières années de la vie évaluent à peu près uniquement le développement moteur, intellectuel et perceptif (qui peut apparaître normal dans l'autisme), mais n'apprécient pas les signes les plus fins, notamment ceux du registre de la communication.

Un nouveau-né comprend spontanément ce que sa mère exprime quand elle lui sourit, lui tend les bras et le câlin. Le message de tendresse est immédiatement reçu par l'enfant, par contre un bébé autiste ne manifeste aucun intérêt pour son environnement, ne cherche pas le regard. On remarque au cours des trois premiers mois, trouble alimentaire le bébé autiste ne tète pas bien, s'alimente difficilement. On observe aussi des troubles de sommeil, des insomnies au cours desquelles il est agité, il garde les yeux ouverts, ne bouge pas ne dort pas. Des troubles psychomoteurs très précoces ont été observés chez l'enfant autiste il peut rester dans son lit pendant longs moments, a regardé les objets qui l'entourent, mais sans saisir son ours en peluche pour jouer, ni aucun des objets que les enfants aiment habituellement à jouer. (Juhel, 2003, P.41).

Il est rare de nos jours de découvrir un autisme dans sa forme complète (retrait autistique, recherche d'immuabilité, stéréotypies, absence de langage), telle que Kanner l'avait décrite. Les progrès de la recherche clinique ont en effet conduit à repérer certains signes précoces, durant les deux premières années de vie, susceptible d'orienter le diagnostic. La précocité du diagnostic permet en effet de mettre en place rapidement une prise en charge thérapeutique qui influencera la qualité de l'évolution.

---

## 7-2-l'évaluation de l'autisme

### 7-2-1. L'évaluation clinique

Le bilan clinique repose en premier sur l'ensemble des renseignements recueillis sur l'histoire de l'affection. Un bilan clinique au moyen d'instruments cliniques quantitatifs qui regroupent la plupart des comportements observés chez l'enfant autiste. (Lelord, 1991, P.99).

Ceci permet d'orienter le diagnostic vers l'une des quatre grandes

Catégories de trouble envahissant du développement (TED):

- *L'autisme infantile, dont le diagnostic repose sur les critères suivants.*

- apparition des troubles avant l'âge de 3 ans.
- altération qualitative des interactions sociales.
- altération qualitative de la communication et du langage - comportements, intérêts et activités restreints, stéréotypés et répétitifs.
- L'autisme atypique, qui diffère de la forme précédente par sa survenue plus tardive (après 3 ans).
- Le syndrome de Rett touche essentiellement les filles. Après un développement normal, il se manifeste par une phase de régression rapide avant l'âge de 3 ans.

Perte de coordination manuelle, perte de la station debout, cerveau qui arrête de grossir.

- Le syndrome d'Asperger, se caractérise par des comportements stéréotypés et des anomalies dans l'interaction sociale. En revanche le développement cognitif et le langage sont d'un bon niveau.

### 7-2-2-l'examen médical

L'intérêt des examens propres à la pédiatrie, la neurologie, et la neurophysiologie va croissant. On s'attarde sur l'exploration des incidents liés à la grossesse, à l'accouchement ; ainsi qu'aux affections métaboliques, infectieuses, génétiques... Pour contribuer à la connaissance et à la compréhension de l'autisme, des

disciplines qui se sont longtemps ignorées ; telles que la pédiatrie, la neurologie, la psychologie, la psychiatrie, l'imagerie fonctionnelle... se sont rapprochées grâce à l'avancée de la recherche scientifique dans les domaines biologique, génétique et la percée des neurosciences. Les examens propres à ces disciplines ont donné à l'autisme une dimension multidisciplinaire. (Lelord, 1991. P 59).

Le bilan doit être soigneux et réalisé par un spécialiste en pédiatrie, ORL, Neurologie... Il recherchera notamment :

- l'existence d'une anomalie neurologique.
- un déficit sensoriel (surdité, troubles visuels).
- l'existence d'une épilepsie.

- des anomalies liées aux affections métaboliques, infectieuses, génétiques Ce premier bilan orientera les examens complémentaires. Toutefois, certains examens complémentaires sont maintenant devenus quasi systématiques. C'est ainsi que le bilan ORL avec audiogramme, le bilan ophtalmo, l'EEG de veille et de sommeil, un bilan de base biologique sont facilement réalisés. Dans un deuxième temps, d'autres examens pourront être faits selon les cas : IRM cérébrale, imagerie fonctionnelle....

### **7-2-3-l'évaluation psychologique**

L'évaluation du niveau de développement de l'enfant afin de préciser les capacités intellectuelles, perceptives, motrices, et linguistiques de l'enfant. Il existe des épreuves d'intelligence non verbale et verbale, de développement du langage, de la communication, de la mémoire visuelle auditive, et l'organisation spatiale temporelle ce constat est essentiel pour le diagnostic différentiel, le suivi et l'élaboration de programmes thérapeutiques et éducatifs. Dans le cadre de l'examen psychologique, le psychologue dispose d'échelles d'observation permettant de décrire finement une symptomatologie comportementale dans les domaines variés tels que le mode de contact avec son entourage, l'utilisation des objets...On rajoute aux tests psychométriques classiques un nouveau test construit

par SCHOPLER et REICHLER en (1980), la psycho éducationnelle profil (PEP). (Sauvage, 1991, P.162).

Cet instrument d'évaluation assez particulier est préconisé dans un programme éducatif d'enfants autistes. Le PEP introduit de façon judicieuse la notion d'« émergence », lorsque l'enfant ébauche une réponse positive à la consigne sans la réaliser correctement ou complètement. Les profils résultant du test vont permettre d'adapter les activités proposées à l'enfant et de cibler spécifiquement les domaines dans lesquels l'enfant a les capacités de progression.

#### **7-2-4-l'évaluation du langage**

Environ un enfant autiste sur deux ne parle pas. Parmi ceux qui développent un langage, il intervient tardivement et rare s'il présente un bon niveau. La méthode d'évaluation est en étroite relation avec le problème posé et les buts recherchés.

L'examineur doit savoir que l'enfant ne comprend pas toujours lorsqu'on l'interpelle en lui demandant verbalement ou avec le geste de réaliser une tâche. Il ne peut pas associer deux modalités ; regarder et écouter en même temps. Les méthodes employées font une large place à l'observation du comportement et du langage spontané.

Et à travers la production et les réponses de l'enfant produites par la manipulation d'objets et les jeux structurés. La vidéo est utile pour le recueil des signes qui échappent à l'observation directe. Les moyens psychométriques sont utilisés lorsque le niveau de développement de l'enfant le permet, avec des tests adaptés aux enfants autistes. (Rondal, 1989, P.320).

### **8-Diagnostic différentiel**

Le trouble autistique doit être différencié des autres troubles envahissant du développement (T.E.D), alors que ce trouble touche beaucoup plus les garçons.

Les troubles du développement du langage, de type réceptif, l'enfant utilise génialement le contact visuel et essaye souvent de communiquer d'une façon adéquate, au moyen de gestes, tandis que dans l'autisme infantile, il y a un manque total de réponse. (Ritvo, 1983, P.136).

Le trouble autistique diffère des troubles dés intégratifs de l'enfance, car ce dernier représente un mode de régression développementale bien particulier, faisant suite à un développement normal ayant duré au moins deux ans. (Massan, 1996, P.83).

Parmi les causes possibles de l'autisme, un virus et/ou d'autres traumatismes peuvent se combiner avec une vulnérabilité génétiquement prédéterminée. Un exemple connu est celui de la poliomyélite qui, pendant longtemps, a été considérée comme une maladie héréditaire avant la découverte des virus. Après cette découverte, on a trouvé que, si la population dans son ensemble était exposée au virus, seuls étaient atteints ceux qui avaient un manque de résistance génétiquement déterminé. Une situation semblable (une résistance atténuée) pourrait exister chez certaines familles qui, ainsi, auraient des enfants autistes. Par conséquent, l'enfant génétiquement vulnérable aurait un cerveau lésé par un virus ou un manque d'oxygène pendant la grossesse, ou tout autre traumatisme, et deviendrait autiste, tandis que ses frères et sœurs, non vulnérables sur le plan génétique résisteraient à de tels traumatismes. On explore actuellement cette hypothèse qui paraît intéressante, en étudiant les facteurs sanguins des familles comptant deux ou plusieurs enfants autistes avec, en même temps, un autre enfant normal. (Gloria, 1983, P.34).

## **9- La prise en charge de l'autisme**

L'autisme est un trouble envahissant du développement qui implique dans la plupart des situations un accompagnement éducatif institutionnel ou à domicile, de ce fait, une description des principaux types de prise en charge me semble incontournable.

**9-1- La prise en charge médicamenteuse (psychotropes) :**

Vu l'inexistence d'une pharmacologie spécifique à l'autisme avec une efficacité curative du trouble autistique, les médicaments ont été toujours considérés pour l'autisme comme un traitement secondaire, un traitement d'appoint avec des objectifs symptomatiques, un effet principalement recherché a été la diminution des comportements gênants telle que l'agitation l'agressivité, l'automutilation chez ces enfants on utilisant les neuroleptiques dites classiques ou traditionnelles, agissant essentiellement par une action sédatrice. (Piolat, 1998).

Dans le traitement proposé aux autistes il y a un double objectif réduire des comportements gênants quand ils existent et réhabiliter des fonctions déficitaires. Malheureusement ces médicaments le plus souvent entravent un effet secondaire comme baisser les troubles du comportement et diminuer la vigilance et risquer d'entraîner une sédation des fonctions cognitives ou de communication. A côté des médicaments neuroleptiques traditionnels, il existe de nouveaux produits antipsychotiques qui semblent avoir de bons effets sur le plan clinique sans présenter des inconvénients majeurs des produits classiques comme (la Risperidone). De même certains produits sont en cours d'expérimentation pour viser à améliorer des cibles particulières (hyperactivité, auto-agressivité, agitation...)

Alors, il est bon à retenir qu'il n'existe pas un traitement médicamenteux propre à l'autisme, et sans doute il n'y en aura pas à cause la diversité des autistes et la complexité de ce trouble énigmatique. Il est donc très important d'évaluer sur quelles cibles comportementales ou quelles fonctions on veut intervenir avant de toute prescription, sans oublier de prendre en compte la gravité de trouble chez l'enfant. (Tardif, 2003, p.103)

### **9-2-La prise en charge analytique**

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

(Ould Taleb, 2019, P.188).

Il s'agit enfin de les amener à une prise de conscience de soi et par voie de conséquence de l'autre et des différences émotionnelles qui les habitent.

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

Elle fait intégralement partie du soin, mais elle suppose d'être pratiquée par une personne tout particulièrement formée aux dysfonctionnements psychiques et cognitifs des personnes autistes. Pour ces personnes tellement fermées à la compréhension de leur environnement, il ne doit y avoir aucune confusion possible entre les différentes modalités de soins qui leur sont offertes. A chacun sa compétence et sa spécialité. (Amy, 2009, P. 54).

### **9-3-La prise en charge éducative :**

La prise en charge éducative est un ensemble de méthode et de stratégies d'enseignement adaptées aux enfants et adolescents autistes afin de leur permettre un accès au savoir. En effet, le but recherché par cette approche n'est pas

d'enseigner un programme scolaire au sens habituel du terme, même si certains autistes peuvent le suivre en partie ou en 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 leur entourage avec des moyens de communication 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 l'or des prises en charge, entre les concepts de base et leur application en fonction de l'environnement de l'enfant, du pays, de la culture. On peut dire que le prototype des prises en charges éducatives de l'autisme est basé sur l'approche TEACCH développé les années 65-70 (Schopler et al, 1888), axé sur l'éducation et la rééducation des personnes autistes à partir d'évaluation de leur niveau de développement et de fonctionnement. Elle insiste sur le travail de structuration de l'environnement pour créer des repères, sur l'importance de la visualisation des indices pertinents pour mieux les sélectionner et les traiter, sur l'individualisation des programmes pour chacun (PEI : programme éducatif individualisés), sur la collaboration des parents au projet de leur enfants, sur l'approche positive de l'enfant(ne pas le mettre en échec, partir de ses compétences, renforcer les capacités en émergence, favoriser les réussites et les renforcements qui en résulte), sur l'approche globale de l'enfant. (Tardif, 2003.P 114).

#### **9-4-Le programme de Schopler (TECCH) :**

Le programme de TECCH a été conçu et dirigé par Schopler, puis Mesibov aux Etats Unis dans les années 1960 et diffusé en Europe. L'acronyme anglais signifie Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children, c'est- à dire, Traitement et Education des enfants autistes dans sa vie quotidienne : -l'hétérogénéité de ses capacités cognitives : déficit des

performances sociales et verbales et meilleur développement de certains domaines : mémoire, orientation spatiales, coordination Visio-motrice. (Tabti.2019, P.172)

Le programme s'articule autour de grands principes destinés à faciliter la compréhension de l'enfant indispensable à tout apprentissage et plusieurs systèmes alternatifs à la communication verbale sont utilisés, les gestes simples et la manipulation motrice pour une communication concrète, les images pour représenter un objet, une personne ou une tâche, elles exploitent la bonne mémoire visuelle, des autistes. (Schopler et al, 2007).

Les objets les plus concrets, les plus à même de suggérer l'usage attendu. L'accès à la perception de l'espace et du temps (chronologie, durée des actions) est favorisé par certaines règles :

- séances dans les mêmes lieux, à la même heure.
- Fin de l'activité associée à un jeu apprécié, à un jouet favori. (Schopler et al, 2007.).

### **9-5-L'ABA (AppliedBehavioraAnalysis) ou l'Analyse Appliquée du Comportement :**

L'ABA repose sur le modèle du comportement opérant de Skinner. Elle est considérée comme l'une des méthodes d'intervention les plus efficaces pour traiter les troubles du comportement, qui sont très souvent présents dans l'autisme. L'ABA, approche éducative et comportementale, a été créée par Ivar Lovaas aux Etats Unis dans les années (1960). Elle consiste en une analyse du comportement et en une intervention intensive visant l'obtention d'une meilleure intégration sociale par l'augmentation et le renforcement des comportements jugés adaptés, et la diminution des comportements estimés inadéquats. L'ABA utilise donc des stratégies éducatives permettant la réduction des comportements problématiques interférant dans l'apprentissage de l'enfant. (Doehring, 2001).

C'est en (1987) que Lovaas décrit sa première étude fondée sur son programme ABA. Plusieurs reconnaissent l'importance d'une intervention précoce chez les enfants autistes. L'étude de Lovaas suggère que les enfants autistes âgés de moins de trois ans qui suivent une thérapie comportementale intensive de quarante heures par semaine et ce durant deux ans ou plus, font des progrès remarquables. (Lenoir et al, 2007, P.210).

### **9.6. La Prise en charge institutionnelles à référence psychanalytique :**

L'objectif de ces prises en charge institutionnelles est de favoriser chez les enfants avec autisme la relation à autrui et à eux-mêmes en leur donnant les moyens de construire des capacités de représentation et qui vise à l'aider à « réinvestir positivement son activité mentale ». La prise en charge proposée est pluridisciplinaire et assurée par un dispositif relativement complexe impliquant les secteurs sanitaires, médico-social et scolaire. La diversité de ces structures nécessite un fonctionnement « en réseau » visant à assurer à long terme la cohérence et la continuité des services. Cependant, il n'existe pas de consensus dans le choix des outils de soins et d'éducation spécialisée.

Les psychothérapies institutionnelles proprement dites, sont des pratiques moins courantes, qui nécessitent des conditions précises d'organisation et de fonctionnement. Elles ont pour principe que chaque membre de l'équipe soignante participe à une action psychothérapique. Ceci implique une analyse des phénomènes de transfert et de contretransfert de l'ensemble des professionnels en relation avec un enfant. (Haute Autorité de Santé (HAS), 2010, P.98).

## **10-l'autisme en Algérie**

Bien que le concept d'autisme existe au monde depuis sa découverte par Kanner (1943), il demeure inconnu et encore flou dans le langage courant des Algériens, et n'est réellement abordé dans les médias que ces dernières années, vu l'ampleur du phénomène qui devient un vrai problème de santé et de la société. La catégorie des autistes vit presque dans l'ombre de l'anonymat, étrange, paradoxe, même lors de la commémoration des journées nationales et internationale des handicapés, ils sont les éternels oubliés de la société. Ce n'est que sous la pression de certains spécialistes et d'associations de parents d'enfants autistes qu'on a commencées à en parler.

Bien que ce syndrome, à plusieurs formes et là il touche de plus en plus de personnes, il n'existe pas de statistique de prévalence, concernant le nombre effectif de personnes touchées par l'autisme en Algérie, certains spécialistes annoncent que sur un million de personnes ; enfants ; adolescents ; adultes, souffrant d'un handicap mental ,4900sont autistes, d'autre avancent entre 60et70 mille personnes touchées par l'autisme qui affecte quatre fois plus les garçons que les filles. Le professeur Ould Taleb, pédopsychiatre à l'hôpital « Drid Hocine » à Alger, déclare le nombre de 65mille adolescents autistes en Algérie, un nombre qui ne cesse de s'accroître vu le nombre des enfants présentés quotidiennement en consultation pour suspicions ou dépistage. Cette situation alarmante et si compliqué, car en plus de la marginalisation des autistes, il existe un déficit flagrant en terme de structures adaptées pour les prendre en charge, le nombre de ces centres ne dépasse en aucun cas les doigts de la main. (Sahraoui et Amrane, 2015)

Malgré les efforts consacrés par les autorités pour initier les médecins psychiatres et les infirmiers, ainsi que les pédopsychiatres et la création de quelques centres spécialisés, dans le secteur public ou par biais des associations qui militent dans ce sens. (Sahraoui et Amrane,2015). Une deuxième contrainte, soulevée par Mme

Bouarioua, secrétaire général de l'association des autistes de la Wilaya d'Alger, qui consiste en les difficultés de diagnostic de l'autisme. Ce qui met les parents dans l'embarras, car trop souvent, ils sont confrontés au manque d'informations, aussi des professionnels qualifiés pour la prise en charge de leur progéniture, lorsque l'autisme ou le handicap est évoqué, ils nécessitent un accompagnement par des auxiliaires spécialisés, chose qui fait, actuellement dans notre pays. L'intégration des enfants autistes (qui ne présentent pas un degré sévère du trouble) dans des classes normales, tout en leur assurant des accompagnateurs semble être une mesure qui est en train de se réaliser malgré les difficultés. (Sahraoui et Amrane, 2015)

Il est à souligner qu'un plan de prise en charge de ces patients est lancé en 2010, par le ministère de la solidarité et s'articule sur la prise en charge ; l'accompagnement ; la sensibilisation et la formation spécialisée au profit des professionnels. Le ministère de la santé de son côté a pris l'initiative de former des médecins, des psychologues et des psychomotriciens pour pouvoir reprendre professionnellement aux exigences de ce trouble. Des hôpitaux de jours et des consultations externes sont mises en action, malgré les difficultés, les carences de formations et le manque des moyens, noter également que près de 400 enfants autistes sont pris en charge en milieu médical et institutionnel public et privé, sur un total de 12 mille autistes en âge de scolarisation. Dans leur centre d'accueil on compte plus de 100 enfants autistes, dont 60 enfants âgés entre 4 ans et 16 ans, sont pris en charge par notre équipe composée de psychiatres, psychologues, orthophonistes et infirmiers exerçant dans un hôpital de jour conçu pour autistes et qui vient d'ouvrir ces portes. Les familles de ces enfants, dont l'âge des pères varie entre 34 à 62 ans et celui des mères entre 30 à 54 ans, sont de niveau d'instruction variable. On souligne aussi que la majorité des enfants souffrants de l'autisme de Kanner ont un caractère difficile et présentent l'absence du langage,

d'autre ayant le syndrome d'Asperger et enfin les hyperactifs avec troubles de concentration. (Sahraoui et Amrane, 2015)

« Les parents se présentent souvent avec un diagnostic préétabli à la demande d'une prise en charge spécialisée, d'autre part inquiétude pour la scolarité de leurs enfants, on note uniquement cinq de nos patients sont scolarisés, dont un bénéficie d'un soutien de la part d'une auxiliaire de vie scolaire. Par contre, 25 enfants bénéficié d'une prise en charge médicale et psychologique, le reste consulte uniquement chez des psychiatres, faute de moyen ou difficulté de déplacement ». (Sahraoui et Amrane, 2015, p27-28).

## **Synthèse**

L'autisme est un trouble du développement qui affecte la façon dont les individus interagissent avec les autres, communiqué et percevaient le monde qui les entoure. Il est caractérisé par des difficultés dans les interactions sociales, les comportements répétitifs et la communication, et qui apparait 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 III : le  
comportement adaptatif chez  
l'enfant autiste**

## **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 sociale, et la résolution des problèmes.

### **1-Définition du comportement adaptatif**

Le terme « comportement adaptatif » est plus ancien et, au singulier, est synonyme de « fonctionnement adaptatif ». Par contre, au pluriel, les comportements adaptatifs réfèrent généralement aux comportements observables par lesquels seront mesurées les habilités adaptatives. Ces dernières se manifestent dans des sphères ou des domaines du fonctionnement adaptatif. Ainsi, le fonctionnement adaptatif est un concept large dont on mesurera les habiletés les plus évidentes par l'évaluation des comportements adaptatifs manifestés dans différents domaines ( [www.memoireonline.com](http://www.memoireonline.com)>m-Adaptation-transe).

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.

Le comportement adaptatif présente de multiples facettes allant des compétences communicatives aux relations interpersonnelles, en passant par l'autonomie dans les actes de la vie courante : alimentation, hygiène, (Tourrette, 2006).

En 1959, l'American Association on Mental Retardation (AAMR) a formellement introduit le concept de comportement adaptatif dans le cadre du retard mental, alors qu'avant, seule l'évaluation du quotient intellectuel (QI) était nécessaire pour poser un diagnostic de retard mental.

À cette époque, la majorité des gens a perçu la notion de comportement adaptatif et celle de son évaluation comme étant importantes (AAMR, 2002).

L'AAMR commande de faire un diagnostic de la déficience mentale, on prend en considération le niveau de fonctionnement intellectuelle de l'individu :

Habiletés conceptuelles : langage, lecture et écriture, argent, temps et concepts.

L'AAMR a recommandé de diagnostiquer la déficience mentale en prônant en considération le niveau de fonctionnement intellectuelle de l'individu

1. **habiletés conceptuelles** : comprendre les processus symboliques, le langage, l'écriture, concepts mathématiques. Ce type de habiletés inclut la notion traditionnelle de quotient intellectuel.

2. **habiletés sociales**: se comporter de manier convenable en société, responsabilité sociale, être empathique, réfléchi et être capable d'atteindre ses objectifs interpersonnels.

3- **habiletés pratiques** : concernent les activités de la vie quotidien, soins personnels, sécurité, santé, voyage/transport, et capacité d'agir de manière indépendante sans aide humain.

Selon l'AAIDD (2010), le comportement adaptatif correspond à « l'ensemble des habiletés conceptuelles, sociales et pratiques apprises par la personne et qui lui permet de fonctionner au quotidien ». L'introduction du comportement adaptatif dans les critères diagnostiques a été relativement tardive Elle s'est faite en 1959, aux États-Unis, en réponse aux limites des tests d'intelligence qui commençaient à être perçues. (Harrison et Boan, 2004; Tasse et coll., 2012p7)

## **2-Aperçus historique sur le terme « adaptation » :**

Le mot adaptation est emprunté au latin médiéval « adaptatio », attesté au 13<sup>o</sup> siècle, mais ne se diffuse qu'au 16<sup>o</sup> siècle pour désigner l'action d'adapter, d'approprier, d'ajuster. Il se spécialise très tôt pour convenance théorique d'un mot de l'expression et à l'idée, en 1539 le sens de modification d'un organisme vivant selon le milieu, cette situation date du 19<sup>o</sup> siècle avec l'essor de la biologie qui lui donne le statut de concept scientifique. Toute porte à croire, en effet que le corpus d'origine de l'adaptation est la biologie. A partir de son emploi en biologie l'adaptation à suscité par diffusion dans le champ scientifique, différentes tentatives en appropriation et d'intégration de la part d'autres disciplines. (Allain.T, 2003 :23).

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. Tel que le domaine de la psychologie, plus particulièrement en psychologie sociale ou en psychologie pathologique, l'encore la référence biologique est nette même si elle n'est pas clairement intégrée, comme chez Piaget, dans un corps théorique cohérent. 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.T, 2003 : 23-24).

### **3 .la symptomatologie du trouble de l'adaptation chez l'enfant**

Parfois, les enfants ont du mal à se remettre d'événements stressants de la vie. Alors que certains enfants ont la capacité de s'adapter à des événements stressants et à d'autres changements majeurs dans la vie, d'autres ont du mal à rebondir. Un enfant qui montre des changements d'humeur ou de comportement après un événement stressant de la vie peut avoir un trouble d'adaptation.

#### **3-1- Le DSM-IV définit 6 types de troubles de l'adaptation, classifiés par leurs symptômes cliniques :**

1. Avec humeur dépressive
2. Avec anxiété
3. Avec à la fois anxiété et humeur dépressive
4. Avec perturbation des conduites
5. Avec perturbations à la fois des émotions (dépression, anxiété) et des conduites Non spécifié
6. Ces symptômes ou comportements sont cliniquement significatifs, soit sous forme d'une souffrance marquée, plus importante qu'il n'était attendu en réaction à ce facteur de stress,

Soit sous forme d'une altération significative du fonctionnement social ou professionnel (ou scolaire).

### **3-2- D'autres spécifications :**

1. La perturbation liée au stress ne peut être expliquée par la présence d'un autre trouble (par exemple si les critères de la dépression majeure ou de l'état de stress post-traumatique sont rencontrés, ces diagnostics s'appliqueront plutôt que celui de trouble de l'adaptation).
2. Les symptômes ne sont pas l'expression d'un deuil.
3. Une fois que le facteur de stress (ou ses conséquences) a disparu, les symptômes ne persistent pas au-delà de 6 mois.
4. Le trouble de l'adaptation est dit aigu si la perturbation persiste moins que 6 mois. Il est dit chronique si elle persiste 6 mois ou plus.
5. Les symptômes du registre émotionnel peuvent être: reliés à une humeur dépressive: des pleurs, des sentiments de désespoir, etc.

6-Les symptômes comportementaux peuvent comporter: une violation des droits d'autrui ou des normes et des règles essentielles de la vie sociale, compte tenu de l'âge du sujet (p. ex., l'école buissonnière, le vandalisme, une conduite automobile imprudente, des bagarres, un manquement à ses responsabilités légales).

Le trouble d'adaptation est un problème de santé mentale qui peut nécessiter une aide professionnelle. Avec une intervention appropriée, les troubles d'adaptation répondent généralement bien au traitement.

Ce n'est pas parce qu'un enfant a peu de difficulté à s'adapter à une nouvelle circonstance ou à une situation neurologique qu'il a nécessairement un problème de santé mentale pouvant être diagnostiqué. Pour être admissible à un trouble d'adaptation, la déficience de l'enfant doit être supérieure à ce qui serait considéré comme normal dans les circonstances.

Le trouble d'adaptation nuira au fonctionnement social ou scolaire de l'enfant. Quelques exemples incluent de faibles notes, des difficultés à maintenir des

amitiés ou une réticence à aller à l'école. Les adolescents peuvent présenter un comportement antisocial, comme le vandalisme ou le vol.

Signalent souvent des symptômes physiques, tels que des maux d'estomac et des maux de tête.

Les troubles du sommeil et la fatigue sont également fréquents. Les symptômes doivent apparaître dans les trois mois suivant un événement stressant particulier.

#### **4-Les critères diagnostiques des troubles de l'adaptation chez l'enfant**

**A-** Survenue de symptômes émotionnels ou comportementaux en réponse 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 des 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 psychiatrique association, 2013).

## **5-Difficultés d'adaptation chez l'enfant autiste**

Les difficultés qui peuvent rencontrer les enfants autistes dans leur capacité à s'adapter à leur environnement sont :

### **5-1-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.

### **5-2-Les difficultés dans les interactions sociales :**

Les personnes qui ont de l'autisme ont des difficultés à décoder le comportement social, elles ont problèmes liés 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.

### **5-3-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).

## **6-les conditions d'adaptation**

### **6-1-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'un 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 d'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.

### **6-2-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 Fesinger 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.

### **6-3-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**).

## **7-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**

Nous pouvons synthétiser dans notre travail que le concept comportement adaptatif chez les enfants autistes sont diversifiés

Certains enfants ont de graves difficultés dans les domaines sociaux, de communication et comportementaux, tandis que d'autres ont d'excellentes compétences dans certains domaines.

**Chapitre IV :**  
**La méthodologie de la**  
**recherche**

## Préambule

Dans ce chapitre, nous allons présenter le terrain de la recherche, en premier temps, suite à cela, nous allons parler sur la pré-enquête et la méthode utilisée, et après, on va présenter, les outils d'investigations, groupe d'étude et on termine avec, le déroulement de la pratique.

### 1. La pré- enquête :

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 théorique, schéma théorique ou simplement cadre conceptuelle selon le cas, et d'autre parts, les faits d'observations. La pré-enquête, est la phase préparatoire de l'enquête, c'est une étape de la recherche des hypothèses possible, mais des hypothèses vérifiables à travers un cadre théorique afin de déterminer nos hypothèses et nos objectifs » CHAUCHAT, 1999, P 63.

Elle est considérée comme une étape de préparation et indispensable, elle a pour objet de recueillir de maximum de données et d'informations sur notre recherche, ainsi qu'elle permet la première prise de contact avec le terrain d'étude.

Premièrement, on s'est présentés au directeur de l'hôpital comme étant des stagiaires en psychologie clinique, à l'université de Abd Rahman Mira de Bejaia, en vue, de réaliser une recherche et préparer notre mémoire de fin de cycle.

Après avoir eu l'accord du directeur de l'hôpital pour effectuer notre stage, qui a duré un mois, on a eu contacte avec l'ensemble des psychologues qui ont étaient très compréhensifs, qui nous as aidé. Avoir le premier contact avec les enfants autistes et de se familiariser avec eux, pour bien effectuer notre recherche.

### 2. Le terrain de la recherche :

Notre recherche s'est effectuée dans l'annexe à la résolution numéro 59 daté du 2 aout 2019, établissant des départements et des unités formées au niveau de l'institution hospitalier spécialisé dans la médecine mental, hôpital psychiatrique en province d'OUED-GHIR Bejaïa

Notre recherche s'est déroulée dans le service de la pédopsychiatrie à la rentrée. De ce service, on trouve

- ❖ 2 bureaux pour la consultation de pédopsychiatrie
- ❖ 2 bureaux pour la consultation des psychologues
- ❖ 1 bureau pour la consultation d'orthophonie
- ❖ 1 salle d'habilitation sociale

Tandis que le premier étage abrite deux salles de stimulation leur mission principale est de prendre en charge. Les enfants autistes en appliquant le programme éducatif personnalisé PEP.

### **3- La méthode utilisée :**

- **La méthode descriptive**

En psychologie clinique, la méthode descriptive est une méthode utilisée pour observer, enregistrer et décrire les comportements, les pensées et les émotions des individus sans intervenir, ni manipuler la situation. Cette méthode permet de dresser un portrait détaillé et précis des phénomènes psychologiques tel qu'il se manifestent naturellement (Goodwin, C.G. 2010).

Dans notre recherche on a adopté la méthode descriptive, qui « consiste à définir la nature et les limites des éléments qui composent l'objet, ainsi que les relations existantes entre eux ». (Guidere, 2005, P.56). Cette méthode a pour objectif « d'identifier les composantes d'une situation donnée et de décrire la relation qui existe entre elles. » (Chahraoui et Benony, 2003, P.90).

### **4-les outils d'investigation :**

Toute recherche scientifique nécessite l'utilisation des outils d'investigation valide qui vont nous permettre d'atteindre ses objectifs souhaités. Notre travail de recherche porte sur le comportement adaptatif chez les enfants autistes. Alors on a choisi ces deux outils, l'observation naturelle et l'échelle québécoise du comportement adaptatif.

#### **4-1-l'observation naturelle :**

L'observation naturelle en psychologie clinique est une méthode de collecte de données où le psychologue observe les comportements, les interactions et les réactions d'un individu dans son environnement habituel. Cette technique vise à obtenir des informations sur le comportement d'une personne dans des contextes réels et quotidiens, ce qui permet de mieux comprendre comment elle fonctionne dans des situations naturelles. (Lofland, J. & Lofland, L. H. 2006)

#### **4- 2- L'échelle québécoise du comportement adaptatif :**

##### **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, p<sup>80</sup>).

##### **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-trice, 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, p<sup>82</sup>)

### 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 émis. 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, p<sup>83</sup>).

#### Partie une : 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 ou irrégulièrement(de façon autonome de sa propre initiative bien correctement (sans aide la plupart du temps...

La cotation « LE FAIT <sup>a</sup>» 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 « Habilités de travail » pour les individus de moins de 14 ans.

#### 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 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 02 : Le niveau des comportements inadéquat :**

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 03 : Le niveau des comportements adéquat :**

Sphère	Questions	Libellé	Score maximum
	1-23	Alimentation,	46
	24-31	Hygiène	12
Autonomie	32-36	Utilisation de latoilette	10
	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
	142-146	Graphisme	10

Habiletés préscolaire et scolaire	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
Habiletés de travail	211-221	Habiletés d'emploi et recherche d'emploi	22
	222-225	Comportements relations interactionnels au travail	08

**Tableau 04 :Les sphères et dimensions de la deuxième partie de l'échelle**

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

## 5- Le groupe d'étude :

Notre population de recherche comprend 04 enfants autistes âgée entre 8 et 10 ans, que nous avons sélectionnés selon des critères qui sert à notre thème de recherche.

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

### 5-1-les caractéristiques de la population d'étude :

Prénoms des cas	Age	Fonction du père	Fonction de la mère	La situation socio-économique	Nombres d'enfants
Lahcen	8 ans	Directeur	Femme au foyer	Moyen	4
Salma	10ans	Policier	Femme au foyer	Moyen	4
Azar	8ans	Commerçant	Femme au foyer	Moyen	4
Akram	9ans	Agent de sécurité	Femme au foyer	Moyen	3

## 6- Le déroulement de la pratique :

On a effectué notre étude dans le service de la pédopsychiatrie, ESH OUED GHIR, qui a été débuter le 01 /04/2024 jusqu'à 01/05/2024, pour quatre séances par semaines.

Premièrement, on a rencontré les psychologues et les orthophonistes, et toute l'équipe de la pédopsychiatrie, et nous avons pris connaissance des

différentes salles et l'activité de chacune d'elles, comme : salle d'habilité sociale, salle d'Argos thérapie, salle de la stimulation...etc.

Après avoir discuté notre thème de recherche avec la psychologue, elle nous a présenter quelques cas, qui répond aux objectifs de recherche, une fois que le groupe de recherche est choisi, nous avons pris contact avec les sujets de notre recherche, en les observant et on participant au déroulement de séance, cette étape nous a permis de toucher à des informations préliminaire.

On a finalisé avec l'application de l'échelle québécoise de comportement adaptatif.

### **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 leur vérification par rapport à l'hypothèse posé initialement.

# **Chapitre V : La présentation, l'analyse et la discussion des résultats**

## **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 nos hypothèses.

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

De ce fait afin qu'on puisse accéder à ces informations, nous avons opté à l'utilisation d'une échelle québécoise de comportement adaptatif.

## **1-Présentation et l'analyse des résultats :**

### **1-1-la présentation du premiers cas « Lahcen » :**

« Lahcen » est un garçon âgé de 8 ans, il est le dernier d'une fratrie de 4 enfants (2 filles ,2 garçons). « Lahcen » née d'une grossesse désirée d'un accouchement normal à terme à sa naissance sa mère avait l'âge de 40 ans et son père avait 42 ans il fut alimenté au sein pendant 3 mois son poids à la naissance est de 2kg 800g. d'après sa maman Lahcen est le seul enfant autistique dans sa famille. « Lahcen » est très gâté par ses frères au tant qu'il est le plus petit, mais il préfère rester seul. Quand il avait 6 ans, sa famille découverte que leur fils est autiste, la maman elle annonce que leur réaction été triste sur tout son père, il n'a pas accepté sa maladie jusqu'à maintenant.

### **1-2-compte rendu de l'observation du 1er cas « Lahcen »**

Observant l'enfant « Lahcen » on a constaté qu'il s'isole mais quand il voit beaucoup d'enfants, il joue avec des jeux qui aiment, mais il n'intègre pas les groupes.

Pour le sujet de l'autonomie « Lahcen » ne fait pas sa toilette souvent et correctement, il est généralement besoin de l'aide.

Pendant les repas « Lahcen »il mange correctement mais sauf 2 cuillère après il arrête, il préfère de manger juste des bonbons et des chocolats, il mange juste un petit peu de la nourriture.

### 1-3-Les résultats de l'échelle Québécoise du comportement adaptatif du 1<sup>er</sup> cas « Lahcen »

**Tableau n° 06 : 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 d'autonomie est 48 /94 qui veut dire moyenne, concernant l'alimentation « Lahcen » mange des aliments en purée sans aucune hésitation, il mange seul mais il renverse de la nourriture sur ses vêtements et sur la table et ça ne 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 manger avec ses mains.

Ensuite, pour 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 la laisse seule il arrive brièvement à nettoyer ses mains et son visage, mais pas son corps ou ses cheveux. « Lahcen » 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 justes, il ne monte pas sa fermeture.

**Tableau n° 07 : Résultats de la sphère des habilités domestique :**

Sphère	Question	Libellé	Score	Maximum
Habilités domestiques	48-51	Vêtements	01	08
	52-56	Intérieur	02	10
			<b>03</b>	<b>18</b>

Pour les résultats de la sphère des habiletés domestique « Lahcen » a obtenu un score de 03/18 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 ne bouge rien.

**Tableau n° 08:Les résultats de la sphère de la santé sensori-moteur :**

Sphère	Question	Libellé	Score	Maximum
Santé et Sensori-Moteur	68-75	Santé	01	10
	76-91	Motricité fine	23	32
	92-106.	Motricité globale.	25	30
			48	78

Pour les résultats de la sphère de la santé sensori moteur « Lahcen » a obtenu un score de 48/78 on a constaté que « Lahcen » est capable de prendre un objet momentanément aussi il suit ces objets avec ses yeux, « Lahcen » a la capacité de tracer des lignes ou tourner les pages d'un livre à la fois pour la motricité globale en trouve qu'il est capable de monter les escaliers, de descendre, mais il n'arrive pas à sauter ou à courir

**Tableau n° 09 : Les 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
	159-162	lecture	01	08
	163-164	Ecriture	02	04
			12	46

Concernant les résultats des habiletés préscolaire sont un peu faible 12/46 mais comme « Lahcen »réussit dans l'activité du graphisme, car, il arrive à faire des traits horizontal et vertical, trace un carré selon un exemple, lire des chiffres il peut aussi écrire des lettres selon un exemple, à dessiner et colorier. On remarque aussi que cet enfant peut compter jusqu'à 10 et ce résultat sont atteints grâce à la prise en charge du service.

**Tableau n° 10 : Les résultats de la sphère de la socialisation**

Sphère	Question	Libellé	Score	Maximum
socialisation	165-183	Interactions	14	38
	184-193	Déplacements	05	20
	205-210	Loisirs	02	12
			21	70

En arrivant à la sphère de socialisation, « Lahcen » a obtenu un score faible par rapport au maximum 21/70, concernant les interactions il arrive à bien réagir

au bruit et à son nom, par contre, il n'arrive pas à établir le contact visuel, manipule un jeu ou un objet. « Lahcen » est un enfant qui peut se rapprocher 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 voyage par le transport seul, il n'est pas capable par rapport à son âge.

**Tableau n° 11 : Les 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 où D'agression	05	24
		Comportements d'automutilation.	02	24
			68	297

D'après les résultats de la sphère des comportements inadéquats sont moyens avec un score de 68/297, on peut dire que dans les comportements stéréotypés comme par exemple, il bouge sa tête mais légèrement, bouge constamment ses mains concernant les comportements de retrait et d'inattention, on a remarqué quand il reste dans une chaise il se jette sur terre il fait ça délibérément à chaque fois, consternant le contact visuel « Lahcen » il évite de regarder la personne visuellement.

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, il parle à haut voix, il émet des bruits de gorge aussi il bave des fois, il ne reste pas assis sauf à la demande d'un adulte.

De plus, pour les comportements antisociaux, c'est vrai qu'il bouge trop mais 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 02 par ce qu'il ne manifeste aucuns comportements sexuels inadéquats.

En fin, ce qui concerne les comportements de violence « Lahcen » crache les autres, déchire des livres dans les premiers temps mais actuellement il a beaucoup diminué ces difficultés. Pour l'automutilation « Lahcen » il se tape est-il se frappe mais pas souvent juste quand il s'énerve, en ce moment il arrive à maîtriser ses comportements grâce à une bonne prise en charge.

### **Synthèse du premier cas <Lahcen>**

D'après les résultats de l'observation et l'échelle Québécoise des comportements adaptatifs, « Lahcen » est un enfant autiste d'un niveau léger. D'après l'observation effectuée ainsi que notre suivi durant le stage on trouve que « Lahcen » à propos d'autonomie le niveau est moyen donc il arrive bien à manger seul, d'aller à la 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 suivre et prendre des objets et même il saute, il court Trop, il ne reste jamais dans la même place, même pour la communication,

il n'arrive pas à construire une phrase simple ou des gestes. Observant «Lahcen » on a conclu concernant les interactions sociales est un enfant qui se rapproche des personnes qui connaît et les saluer alors qu'avec les enfants de ses pairs il procède aucune interaction avec eux, pour les comportements inadéquats on observe que les résultats sont moyens et on peut noter par exemple qu'il tape ses pieds, il évite le contact visuel.

En effet, pour les comportements inacceptables, cet enfant à plusieurs mauvaises habitudes comme le crie sans raison, répète des mots sans arrêt, émet les bruits, donc c'est un enfant émeutier. Mais avec la prise en charge il arrive également à commencer d'éliminer ces comportements négatifs.

## **2-La présentation du 2ème cas « Akram » :**

« Akram » est un garçon âgé de 9 ans. Il est le deuxième d'une fratrie de 3 enfants. « Akram » et le seul enfant qui souffre d'autisme parmi ses frères.

### **2-1-Le compte rendu des observations du comportement du 2ème cas « Akram » :**

Observant « Akram » en a constaté qu'il n'est pas Sociable concernant le sujet de l'autonomie l'enfant il n'arrive pas à s'habiller tout seul même le sa toilette c'est toujours à laide de sa maman il ne le fait jamais seul

Concernant les repas même s'il arrive à manger seul, mais il salit la table et ses vêtements

L'enfant « Akram » il est très nerveux il s'énerve ou il angoisse, il deviendrait agressif. Par exemple il crie. Il se cogne la tête contre le mur il tombe au sol. Et quand il entend de bruit fort, il réagit agressivement. Il commence à crier, concernant l'interaction avec les autres enfants et les adultes il ne s'approche pas des personnes mais depuis sa prise en charge dans le service à l'hôpital il commence un peu de s'intégrer au groupe et jouer avec des enfants même avec ses frères à la maison.

## 2-2-Les Résultats de l'échelle Québécoise des comportements adaptatifs du 2ème cas « Akram »

**Tableau n° 12 : Les 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
			<b>32</b>	<b>94</b>

Les résultats de l'échelle dans la sphère de l'autonomie sont faibles avec un score de 32/94, concernant l'utilisation des tâches quotidiennes, il est capable d'avalier les aliments en purée et mange 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, « Akram » il arrive à manger seul mais inconsciemment il renverse beaucoup.

Concernant l'hygiène, on remarque d'après les résultats qu'il n'arrive même pas 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.

**Tableau n° 13 : Les Résultats de la sphère des habiletés domestique :**

Sphère	Question	Libellé	Score	Maximum
--------	----------	---------	-------	---------

Habiletés domestiques	48-51	Vêtements	01	08
	52-56	Intérieur	01	10
			02	18

On observe aussi dans les résultats de la sphère des habiletés domestique un niveau faible avec un score de 02/18. quand on lui demande 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 même par exemple : il salit ses vêtements ; il les laisse sans aucun dérangement alors qu'en ce moment dans ce service de pédopsychiatrie ils arrivent un peu de lui changer et d'enlever sa veste par exemple : si elle salit.

Akram il essaye de s'évaluer avec le temps même qu'avant il n'arrive pas ; mais en ce moment il a fait des progrès.

**Tableau n° 14 : Les Résultats de la sphère de 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

Concernant la sphère de la santé et sensori-moteur sont moyennes avec un score de 40/78, pour la motricité fine, il est capable de prendre un objet momentanément et aussi il suit ces objets avec ses yeux. « Akram » il a la capacité de tracer des lignes avec ses doigts à l'aide de peinture ou tourner les pages d'un livre à la fois. Tandis que dans la motricité globale on 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° 15 : Les 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 élaboré et complexe	00	22
			17	70

À partir des résultats de la sphère de communication on trouve que sont vraiment faibles Avec un score de 17/70, 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 ne 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, aussi Il arrive à faire des petits gestes comme (bye-bye) quand une personne qui apprécie lui demande, donc il se rend compte un peu malgré ces difficultés.

**Tableau n° 16 : Les Résultats de la sphère des habiletés préscolaire et scolaires :**

Sphère				
Habiletés préscolaires et	Question 142-146	Libellé Graphisme	Score 04	Maximum 10
Scolaires	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, « Akram » a obtenus des résultats très faible avec un score de 04/46, concernant le graphisme il n'écrit pas même à l'aide d'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). « Akram » il n'arrive pas à compter même quelques chiffres, donc ce dernier il n'a pas progresser les habiletés préscolaires malgré les efforts des membres de sa famille et le service de l'hôpital il n'a pas réussi à s'améliorer dans cette sphère.

**Tableau n° 17 : Les Résultats de la sphère de socialisation :**

Sphère	Question	Libellé	Score	
Socialisation	165-183	Interactions	14	38
	184-193	Déplacement	06	20
	205-210	Loisirs	03	12
			23	70

Au sujet de la sphère de socialisation « Akram » a obtenu des résultats sous moyenne avec un score de 23/70 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 adultes qu'il connaît alors qu' avec ses pairs il se manifeste 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 le service de l'hôpital .

Concernant loisirs en note que « Akram » il aime bien sortir avec ses proches et découvrir des nouveaux endroits calme pour s'amuser.

**Tableau n° 18 : Les 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

D'après les résultats de la sphère des comportements inadéquats, les résultats sont moyens avec un score de 66/297 Akram 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 « Akram » il peut rester assis dans la même position pour de grandes périodes de temps alors qu'il évite également le contact visuel et parmi ces habitudes inacceptables on trouve que cet enfant applique des mauvaises habitudes par exemple de manger des objets non comestibles, ramasse et conserve toutes sortes de choses inappropriées, déchire ses vêtements ; des papiers, pleure ou rit sans raison apparente, lance des objets lorsqu'il en colère ...etc. on observe aussi dans le résultat des comportements antisociaux qu'on remarque également que « Akram » est un enfant agressif avec les autres et lui-même, par exemple : quand il s'énerve, déchire des livres, des journaux tous qui est près de lui et sur tout l'automutilation, « Akram » avant quelques années il se mord trop ses mains, il se frappe, se gratte exagérément alors que depuis qu'il été dans ce service il arrive à diminuer ses comportements.

### **Synthèse du 2ème cas « Akram » :**

D'après le résultat de l'échelle Québécoise des comportements adaptatifs, on déduit que « Akram » est un enfant qui souffre d'autisme d'un niveau léger vu que les résultats sont moyens dans les sphères d'autonomie, habiletés domestique, la communication et même la socialisation donc cet enfant a 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 seules. Et pour la communication ; il est incapable de communiquer avec des gestes.

« Akram » est un enfant qui évite au maximum le contact visuel, même à propos des comportements inadéquats ; par exemple : il pleure ou rit sans raison apparente, par contre il peut rester assis dans la même position pour longtemps. On remarque aussi dans les comportements d'agression et d'automutilation

qu'Akram est violent un peu envers les autres, quand il est en colère il casse des objets et frappe les autres.

### **3- La présentation du 3<sup>ème</sup> cas « azar »**

« Azar » est un garçon âgé de 8 ans, c'est le 3<sup>ème</sup> d'une fratrie de 4 enfants, il est diagnostiqué à l'âge de 4 ans, il a été intégré dans le service à l'âge de 5 ans.

« Azar » est le seul enfant qui souffre d'autisme dans sa famille, c'est un garçon qui est né d'une grossesse désirée d'un accouchement normal à terme à sa naissance sa mère avait l'âge de 28ans et son père avait 35 ans il fut alimenté au sein pendant 3 mois son poids à la naissance est de 2kg200g.

#### **3-1-Le compte rendu des observations du cas 3 « Azar » :**

Observant l'enfant « Azar » en constaté qu'il utilise une série des gestes et de mouvement inhabituel par rapport au comportement et les réactions dans les moments de colère, comme enfuir loin et claquer ses doigts jusqu'à la fin de colère. Quand il y a un bruit, il ferme ses oreilles et par rapport à la lumière vive il ferme ses yeux.

Concernant la toilette « Azare », il fait sa toilette seule mais il salit ses vêtements. Mais actuellement il lave ses mains et brosse ses dents seules mais pas correctement.

Pour l'habillage il le fait seul mais il trouve des difficultés à déshabiller seul.

Et pour les repas « Azar », il n'arrive même pas à prendre une cuillère ou une fourchette mais actuellement, il a réussi à acquérir ce comportement.

### 3-2-Les résultats de l'échelle Québécoise du comportement adaptatif du 3<sup>ème</sup> cas « Azar » :

**Tableau n° 19 : Les 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 de l'échelle dans la sphère de l'autonomie avec un score de 42/94, on peut constater que « Azar » 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 et ouvre la bouche au contact de la nourriture, déplace les aliments dans sa bouche avec sa langue. Concernant l'hygiène, « Azar » il connaît son schéma corporel parce que quand on lui demande de présenter ses mains et sa figure et lorsqu'on lui lave il le fait.

Concernant ces résultats d'utilisation de la toilette, il n'arrive pas à le faire complètement.

Tandis que l'habillage et le déshabillage cette enfant arrive à s'habiller facilement et pour le déshabillage il trouve des difficultés.

**Tableau n° 20 : Résultats de la sphère des habiletés domestiques**

Sphère	Questions	Libellé	Score	Maximum
Habilité domestique	48-51	Vêtement	01	08
	52-56	Intérieur	02	10
			03	18

Et ce qui concerne les habiletés domestique « Azar » a obtenu un score de 03/18 qui est un résultat très faible à propos des vêtements même s'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 (corbeille, poubelle). Il arrive à le faire mais si on le demande pas il les laisse.

**Tableau n° 21 : 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

D'après les résultats dans la sphère de la santé et sensori-moteurs, « Azar » a obtenu un score de 51/78, malgré ces difficultés à propos du langage mais il arrive à 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 à l'autre,

traces des lignes ou des courbes avec ces doigts ,et si en parle de la motricité global, il est capable de réaliser presque tous les comportements.

**Tableau n° 22 : 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	00	22
			24	70

D'après les résultats de la sphère de communication i qui est moyen avec un score de 24/70, on trouve que « Azar » capable de 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 son nom...etc.

**Tableau n° 23 : Résultats de la sphère des Habiletés préscolaire et scolaire :**

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

Dans les habiletés préscolaire et scolaire, « Azar » a obtenu des résultats très faibles avec un score de 04/46, très faible, même s'il arrive à s'exprimer et à répondre à son entourage par des sons ou des gestes ou des mimiques faciales mais ça reste faible et à propos d'item du langage élaboré et complexe ce ne sont pas des comportements qui correspond a les capacités de « Azar ».

**Tableau n° 24 : Résultats de la sphère de la socialisation :**

Sphère	Questions	Libellé	Score	Maximum
Socialisation	165-183	Interaction	09	38
	184-193	Déplacement	08	20
	205-210	Loisirs	02	12
			19	70

Dans la sphère de la socialisation « Azar » a obtenus des résultats moyenne avec un score de 19/70, ce qui concerne l'interaction il est capable de réagir au bruit, « Azar » n'établit pas le contact visuel .il s'approche des personnes qu'il connait surtout dans le service et ce qui concerne le déplacement il est capable de déplacer d'une pièce a une autre, ouvre et ferme les portes.

**Tableau n° 25 : Résultats de la sphère des comportements inadéquats :**

Sphère	Questions			
Comportement Inadéquats		Libellé	Score	Maximum
	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

D'après les résultats de la sphère des comportements inadéquat, « Azar » 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 « Azar » :**

D'après les résultats de « Azar », en remarque que dans l'autonomie il a un niveau un peu faible, pour l'alimentation il arrive quand même à 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 santé sensori-motrice on observe que « azar » malgré ces difficultés à propos du 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, « Azar » est un garçon incapable de construire des relations avec des autres malgré qu'il réagît comme même à des bruits.

Pour les comportements inappropriés Inadéquats « Azar » manifeste certains comportements inappropriés.

### **4-La présentation du 4<sup>ème</sup> cas « Salma » :**

« Salma » est une fille âgée de 10 ans, elle est la 3<sup>ème</sup> d'une fratrie de 4 enfants, elle est l'unique enfant avec l'autisme dans sa famille, ils ont découvert sa maladie à l'âge de 02 ans, sa mère elle à accepter sa maladie mais son père jusqu'à maintenant il n'arrive pas à croire que sa fille est une autiste. « Salma » est une fille née d'une grossesse désirée, d'un accouchement normal à terme, à sa naissance sa mère avait l'âge de 24 ans et son père avait 32 ans. Elle fut alimentée au sein pendant 3 mois, son poids à la naissance est de 2kg500g.

#### 4-1-Le compte rendu des observations de 4ème cas « Salma » :

En observant l'enfant « Salma » on a constaté qu'elle n'est pas Sociable, elle aime rester est jouer toute seule.

Elle n'est pas autonome : elle n'arrive même pas à ranger ses vêtements « Salma » elle n'arrive pas à faire sa toilette toute seule.

Pendant les repas « Salma » elle n'arrive pas à manger seule par contre elle tiene la cuillère correctement et elle comprend quand est-ce qu'on utilise une fourchette et une cuillère.

Concernant les interactions avec des enfants et des adultes, elle n'aime pas les petits-enfants. Elle aime juste les adultes. Par contre depuis qu'elle était dans le service, elle commence un peu à s'habituer avec ces enfants et de s'approcher d'eux.

#### 4-2-Les Résultats de l'échelle québécoise du comportement adaptatif du 4ème cas « Salma » :

**Tableau n° 26 : 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 toilette	08	10
	37-47	Habillage - déshabillage	09	22
			48	94

Les résultats de l'échelle dans la sphère de l'autonomie sont faibles avec un score de 48/94, ce qui confirme que « Salma » capable de manger des aliments purée, elle ouvre sa bouche pour demander de la nourriture, elle arrive à manger

seule mais elle renverse de la nourriture sur ses vêtements et ça l'asdérangé pas de voir qu'elle est sale.

Concernant l'hygiène, on remarque qu'elle n'arrive même pas à se laver les mains seules, et pour la toilette « Salma » ne demande pas d'aller, et elle ne part pas seule, « Salma » elle ne s'habille pas correctement, par exemple : elle ne s'attache pas ses boutons, elle n'enlève pas ses vêtements ...etc.

**Tableau n° 27 : Résultats de la sphère des habiletés domestiques**

Sphère	question	libellé	score	maximum
Habilité domestique	48-51	Vêtements	00	08
	52-56	Intérieur	00	12
	66-67	extérieur	00	40
			00	60

Pour habiletés domestique le score est 00 c'est-à-dire que Salma elle n'apas des capacités de faire ces comportements, par exemple : elle salit ses vêtements, elle jette les déchets par terre au lieu de les déposer aux bons endroits.

**Tableau n° 28 : Résultats de la sphère de la santé et sensori-moteur**

<i>sphère</i>	<i>question</i>	<i>libellé</i>	<i>score</i>	<i>Maximum</i>
<i>Santé et sensori-moteur</i>	<i>68-75</i>	<i>Santé</i>	<i>01</i>	<i>10</i>
	<i>76-91</i>	<i>Motricité fine</i>	<i>23</i>	<i>32</i>
	<i>92-106</i>	<i>Motricité globale</i>	<i>25</i>	<i>30</i>
			<i>49</i>	<i>78</i>

Concernant la sphère de la santé et sensori-moteur, sont également moyenne d'un score de 49/78, donc, on a constaté que « Salma » est capable de prendre, un objet momentanément, regarde alternativement deux objets, traces des lignes ou des

courbes avec ses doigts. « Salma » est capable de courir, de monter et de descendre les escaliers ...etc.

**Tableau n° 29 : Résultats de la sphère de communication**

<i>Sphère</i>	<i>Question</i>	<i>libellé</i>	<i>Score</i>	<i>Maximum</i>
<i>communication</i>	<i>107-122</i>	<i>Expression</i>	<i>10</i>	<i>32</i>
	<i>123-130</i>	<i>Réception</i>	<i>07</i>	<i>16</i>
	<i>131-141</i>	<i>Langage élaboré et complexe</i>	<i>03</i>	<i>22</i>
			<i>20</i>	<i>70</i>

D'après les résultats de la sphère de communication avec un score de 20/70, on a constaté que « Salma » 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, pour la perception elle réagit à l'appellation de son nom, regarde autour d'elle, quand un son est produit...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°30 : Résultats de la sphère des Habilités préscolaire et scolaire**

<i>sphère</i>	<i>Question</i>	<i>libellé</i>	<i>score</i>					<i>maximum</i>
<i>Habilité préscolaire et scolaire</i>	<i>142-146</i>	<i>Graphisme</i>	<i>07</i>					<i>10</i>
	<i>147-151</i>	<i>Notion de temps</i>	<i>01</i>					<i>10</i>
	<i>152-158</i>	<i>Mathématique</i>	<i>01</i>					<i>14</i>
	<i>158-162</i>	<i>Lecteur</i>	<i>01</i>					<i>08</i>
	<i>163-164</i>	<i>écriture</i>	<i>02</i>					<i>04</i>
			<i>12</i>					<i>46</i>

Par rapport aux résultats des habiletés préscolaires et scolaire les résultats obtenus sont très faibles avec score est de 12/46, « Salma » n'arrive pas à acquérir ce

comportement malgré les efforts de la psychologue mais pour rien, elle est capable seulement de tracer un trait horizontal et vertical.

**Tableau n° 31: Les Résultats de la sphère de la socialisation**

sphère	question	libellé	score	maximum
socialisation	165-183	Interaction	14	38
	184-193	Déplacement	05	20
	205-210	loisirs	02	12
			21	70

Ces résultats au niveau de la socialisation avec un score de 21/70 , démontrent que « Salma » un enfant un peu sociable, elle est capable de réagir au bruit, elle réagit lorsqu'on lui donne la main ou lorsqu'on lui tend ces 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° 32 : Les résultats de la sphère des comportements inadéquats**

Sphère	Question	Libellé	Score	Maximum
Comportement inadéquate	226-233	Comportement Stéréotypés	07	24
	234-241	Comportement De retrait et d'inattention	10	24
	242-275	Habitudes et comportement inacceptable	33	102
	276-298	Comportement antisociaux	07	69

	299-308	Comportement sexuels inadéquat	03	30
	309-316	Comportement de violence ou d'agression	03	24
	317-324	Comportement 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, auparavant elle était une fille qui fait le contraire de ce qu'on lui demande, et elle s'énerve trop.

#### **Synthèse du 4<sup>ème</sup> cas de « Salma » :**

A partir aux résultats de l'observation et l'échelle des résultats, a partie aux résultats de l'échelle, on constate que « Salma » a pu acquérir un minimum de comportement adaptatif grâce à la prise en charge du service et les efforts de sa famille.

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

## 2- La discussion et l'interprétation des résultats :

Notre objectif de recherche est de comprendre est ce que les enfants atteint d'autisme léger, pouvant acquérir quelques notions du comportement adaptatif, avec une bonne prise en charge.

Notre étude a été faite au niveau du service de la pédopsychiatrie (ESH OUED GHIR), sur quatre enfants autistes âgées entre (8ans ,10ans).

Dans le but de répondre à notre question de départ, on a proposé l'hypothèse suivante « **Certains enfants atteint d'autisme léger peuvent acquérir quelques notions du comportement adaptatif avec une bonne prise en charge précoce** »

D'après les données que nous avons recueillies à travers l'observation naturelle et l'échelle québécoise des comportements adaptatifs, on trouve que les enfants autistes se développent grâce à la prise en charge du service et les psychologues, orthophonistes qui ont travaillé avec les enfants individuellement, pour les aider à développer des compétences des communications et d'autonomie, par exemple : ils proposent des activités du groupe, et encouragent l'interaction sociale ,qui permettent à ces enfants de pratiquer leurs compétences, ces activités peuvent être ciblées, sur des objectifs telle que l'apprentissage et la communication.

Le premier cas « Lahcen » a un degré léger, au niveau des comportements inadéquats, comme on peut l'apercevoir dans les résultats de l'échelle et à travers les résultats des observations, 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, c'est un enfant émeutier. Malgré qu'il fût pris en charge juste depuis quelque mois, mais il arrive quand même à diminuer ces comportements négatifs, et à développer des comportements significatifs. Les résultats de l'échelle québécoise des comportements adaptatifs,

viennent de confirmer que « Lahcen » a obtenu un score de 132 au niveau du comportement adaptatif, et un score de 68 au niveau du comportement inadéquat.

Le deuxième cas « Azar » son niveau est léger, en remarquant d'après les observations, 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 léger, mais ils ont aucun impact sur son milieu de vie, c'est-à-dire, ne sont pas des comportements qui influencé sur l'acquisition d'autre comportements adaptatifs, et tout ça grâce à la prise en charge du service. Les résultats de l'échelle québécoise des comportements adaptatifs, viennent de confirmer que « Azar » a obtenu un score de 143 au niveau du comportement adaptatif, et un score de 122 du comportement inadéquat

Le troisième cas « Salma » son niveau est léger, et d'après les résultats des observations et l'échelle, elle ne manifeste pas des comportements d'automutilation et d'agressivité. Mais, c'est une fille qui fait le contraire de ce qu'on lui demande, elle s'énerve. Salma a fait des progrès dans l'acquisition des comportements adaptatifs et ce changement grâce à la prise en charge du service. Les résultats de l'échelle, indiquent que « Salma » a obtenu un score de 150 au niveau comportement adaptatif, et un score de 66 au niveau du comportement inadéquat.

Le quatrième cas « Akram » note un degré léger, qui manifeste les comportements stéréotypés et même concernant l'agressivité et l'automutilation, « Akram » avant l'intégration au service, il se mord trop les mains, il se frappe, alors que depuis qu'il est pris en charge, il a diminué ces mauvaises habitudes. Les résultats de l'échelle québécoise des comportements adaptatifs, viennent de confirmer que « Akram » a obtenu un score de 118 au niveau du comportement adaptatif, et un score de 66 au niveau du comportement inadéquat.

Suite aux résultats obtenus par l'échelle Québécoise du comportement adaptatif, nous avons relevé que les quatre cas de notre population d'étude sont

des enfants atteints d'autisme légers, et qui présentent des parcours individuels marqués par des progrès significatifs dans l'acquisition de comportements adaptatifs. Par exemple, Lahcen, bien qu'initialement enclin à des comportements inadaptés comme le mouvement excessif et la répétition de phrases, a montré une amélioration notable. Cette évolution est corroborée par les scores obtenus à l'échelle québécoise des comportements adaptatifs, révélant une diminution substantielle des comportements inadaptés et une augmentation des comportements adaptatifs.

De même, Azar et Salma illustrent également une progression dans leurs développements adaptatifs malgré des manifestations initiales de comportements inadéquats tels que des bruits excessifs ou une réticence à suivre les consignes. Ces enfants ont bénéficié d'interventions ciblées telles que des activités de groupe et des sessions individuelles avec des professionnels spécialisés, ce qui leurs a permis de surmonter ces difficultés initiales et de renforcer leurs compétences en communication et en autonomie.

Quant à Akram, qui présentait des comportements stéréotypés et des tendances à l'automutilation avant son intégration au service, il a également montré une amélioration significative sous l'effet des interventions thérapeutiques. Ces résultats montrent que même les enfants avec des défis comportementaux importants peuvent bénéficier d'une prise en charge adéquate pour acquérir des compétences adaptatives essentielles.

A partir de tous ces résultats on peut déduire qu'une bonne prise en charge des spécialistes et en collaboration avec des parents des enfants autistes légers, peut aider ces derniers à acquérir quelques notions importantes des comportements adaptatifs tels que l'autonomie, la communication et la sociabilité.

### **Ce qui confirme notre hypothèse ?**

Pour renforcer les résultats observés dans cette étude, plusieurs recherches antérieures ont mis en évidence l'efficacité des interventions précoces et

spécialisées dans l'amélioration des compétences adaptatives chez les enfants autistes légers. Par exemple, une étude menée par Dawson et al. (2010) a démontré que les interventions comportementales intensives peuvent conduire à des améliorations significatives dans la communication et le comportement adaptatif chez les jeunes enfants autistes. De même, une méta-analyse récente par Smith et coll. (2022) a confirmé que les approches intégrées incluant la thérapie comportementale appliquée (ABA) et l'éducation structurée sont associées à des gains substantiels dans l'autonomie et les interactions sociales des enfants atteints d'autisme léger.

# **Conclusion**

## **Conclusion**

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 leurs participations dans la société et aussi grâce à la prise en charge dans les associations des enfants autistes. 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.

Dans le cadre de notre recherche intitulé « le comportement adaptatif chez les enfants autistes » nous pouvons déduire que les enfants souffrent d'un trouble autistique, ils peuvent réussir à développer leurs comportements dans la vie quotidienne.

À travers cette recherche on a abordé la question suivante :

**Est-ce que les enfants autistes léger peuvent acquérir le comportement adaptatif ?**

Et pour répondre à cette question de départ en a opté pour l'hypothèse qui stipule que :

**Certains enfants atteints d'autisme léger peuvent acquérir quelques notions du comportement adaptatif avec une bonne prise en charge.**

Pour notre population d'étude en a choisi les enfants ayant un trouble autistique, âgés entre 8 ans jusqu'à 10 ans, au sein de l'hôpital ESH de psychiatrie à OUED

GHIR. Ainsi dans notre recherche nous avons suivi les étapes de la méthodologie telle que la méthode descriptive.

Bien évidemment pour les outils d'investigations utilisées sont deux outils (l'échelle du comportements adaptatifs et l'observation naturelle) on s'est basé sur ces outils pour bien cerner 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 qu'ils ont réussi à développer et améliorer des comportements qui les aident à avances dans plusieurs domaines dans la vie quotidienne.

Pour notre hypothèse, elle est confirmée grâce à la prise en charge et les efforts des psychologues, et au service effectivement ils ont aidé ses enfants a recueillir énormément de comportement adaptatifs dans presque tous les niveaux (autonomie, communications, motricité ou autre.).

# **La liste bibliographique**

## Liste bibliographique

1. Amy, G., & Piolat, M. (1998). *Psychologie clinique et psychopathologie*. Paris, France : Bréal.
2. Chahraoui, Kh., & Bénony, H. (2003). *Méthodes, évaluation et recherche en psychologie clinique*. Paris, France : Dunod.
3. Chossy, J.-E. (2003). *Autisme : Comprendre et agir*. Paris, France : Dunod.
4. CIM-10. (1994). *Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement*. Paris, France : Masson.
5. Desvignes, V., & Lbrun-Martin, E. (2019). *Pédiatre ambulatoire (2nd éd.)*. Paris, France : Doin.
6. Juhel, J.-C. (2003). *La personne autiste et le syndrome d'asperger*. Canada : Presses de l'université Laval.
7. Lelord, G., & Savage, D. (1990). *L'autisme de l'enfant*. Paris, France : Masson.
8. Lenoir, P., & al. (2007). *Les troubles du développement psychologique (2nd éd.)*. Paris, France : Masson SAS.
9. Maurice, P., & al. (1993). *Echelle québécoise de comportements adaptatifs (E@CA) : Manuel technique*. Montréal, Canada : UQAM.
10. Ould Taleb, M. (2019). *L'autisme en Algérie*. El-Mouthakaf.
11. Pascale, L. (2007). *L'autisme et les troubles du développement psychologique (2ème éd.)*. Paris, France : Masson.
12. Ritvo, E. R., & Laxer, G. (1983). *Autisme, la réalité refusée*. Paris, France : Simep.
13. Rogé, B. (2003). *Autisme : Comprendre et agir*. Paris, France : Dunod.
14. Rogé, B. (2004). *Les syndromes d'asperger et l'autisme de haut niveau*. Paris, France : Dunod.

15. Sahraoui, I., & Amrane, L. (2015). Autisme et dynamique familiale. *Revue des sciences humaines et sociales*, (21). Retrieved from <https://revues.univ-ouargla.dz/index.php/numero21ssh/2814>
16. Sillamy, N. (2003). *Dictionnaire de la psychologie*. Paris, France : Larousse.
17. Sillamy, N. (2004). *Dictionnaire de psychologie*. Paris, France : Bordas.
18. Tardif, C., & Gepner, B. (2003). *Autisme*. Paris, France : Nathan.
19. Tourette, C., & Guidetti, M. (2008). *Introduction à la psychologie : Du bébé à l'adolescent*. Paris, France : Armond Colin.
20. Nathalie et al. (2009). *Livre blanc de l'autisme*. Paris, France.

**Sites internet :**

- [WWW.memoireonline.com](http://WWW.memoireonline.com)>m-adaptation-transe
- Cairn. info/revue-vie-sociale-et-traitements-2006-1-page-154.htm?contenu=auteur

# **Annexes**

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

**Cotation** Le questionnaire de l'ÉOCA est divisé en deux parties, « Comportement Adaptatif » et « Comportements inadéquats », chacune avec son propre système de cotation. **Partiel : 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 a lorsqu'elle ne la fait pas.

### 1. LE FAIT MAIS...

Oui mais ...Sur demande ...On doit lui rappeler...Quelquesfois...Rarement...Le fait à peu près...Le fait, mais mal...Pascomplètement...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 (item94) et on coter 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'ile 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**

<b>1-Autonomie :</b> <b>Alimentation-cuisine</b>	
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 de sa 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 retirer 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 de manger 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, même il en renverse un peu	
18. Étend un aliment avec le couteau	
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	
<b>Hygiène</b>	
24. Présente ses mains et sa figure lorsqu'on le lave	
25. Présente les bras et les jambes lorsqu'on l'essuie	
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

<b>Utilisation de la toilette</b>	
32. Reste assis sur la toilette même si on le laisse seul	
„ Est capable de contrôler ses matières fécales (ne pas tenir compte des problèmes de constipation dans cet item)	
34. Démonstre 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	
<b>Habillage—Déshabillage</b>	
37. Bouge ses membres afin d'aider quand on l'habille	
38. Enlève, de lui-même, un des vêtements suivants: chapeau, tu que ou mitaines	
39. Pousse ses bras ou ses jambes afin d'enfiler un chandail ou un pantalon	
40. Enlève ses bas	
41. Enlève son pantalon	
42. Met son pantalon seul (sans nécessairement pouvoir l'attacher)	
43. Met son 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	
<b>2. Habiletés domestiques:</b>	
<b>Vêtements</b>	
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	
<b>Intérieur</b>	
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)	
<b>Réparation</b>	
57. Constate qu'un appareil ne fonctionne pas et nécessite une intervention d'un tiers	
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	
61. Raccorde un vêtement lorsqu'il est déchiré	
62. Fait des réparations mineures sur les vêtements à l'aide de la machine à coudre	
<b>Sécurité</b>	
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	
<b>Extérieur</b>	
66. Utilise une pelle pour l'enlèvement de la neige	
67. Enlève la neige aux endroits appropriés	
<b>3. Santé et sensori-moteur</b>	
<b>Santé</b>	
68. Accepte de prendre des médicaments, de recevoir une injection ou de subir 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	
<b>Motricité fine</b>	
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 de taille moyenne, 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	

<b>88. Tourne les pages d'un livre une à la fois</b>	
89. Tourne les pages d'un journal une à une	
<b>90. Découpe du papier, du carton ou du tissu avec des ciseaux</b>	
<b>91. Plie une feuille de papier en quatre (des écarts de 1cms ont acceptés)</b>	
<b>Motricité globale</b>	
Est capable de s'asseoir et de rester en position assise (on n'évalue pas ici <b>l'hyperactivité mais</b> bien la capacité de s'asseoir <b>physiquement</b> )	
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	
<b>95. Est capable de passer de la position assise à la position pour ramper</b>	
<b>96. Se balance sur une chaise berçante ou sur une balançoire</b>	
<b>97. Est capable d'adopter la position « quatre-pattes » et de la maintenir</b>	
<b>98. En position de bout, se penche et ramasse un objet sans tomber</b>	
<b>99. Est capable d'avancer être culer à quatre pattes</b>	
100. Monte un escalier en alternant les pieds	
<b>101. Est capable de marcher à reculons sur demande sur une longueur d'environ 3 mètres</b>	
<b>102. Est capable de courir</b>	
<b>103. Est capable de sauter sur place, à pieds joints</b>	
<b>104. Est capable de descendre l'escalier en courant</b>	
<b>105. Est capable de sauter à la corde 3 fois de suite (tout en faisant tourner la corde)</b>	
106. Est capable d'utiliser une bicyclette	
<b>II 4-Communication</b>	
<b>107. Est capable d'émettre des bruits de gorge ou des cris</b>	
<b>108. Est capable d'émettre dès son sou des vocalises</b>	
<b>109. Est capable de crier pour attirer l'attention</b>	
110. Est capable de répondre à son entourage par des son soudes gestes	
111. Est capable de s'exprimer par des geste soudes mimiques faciales	
<b>112. Manifeste des expressions faciales significatives</b>	
<b>113. Exécute un ordre simple associé à un geste</b>	
<b>114. Est capable de communiquer en montrant un objet ou une personne</b>	
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

6

120. Nomme cinq objets familiers	
121. Combine de façon spontanée au moins deux ou trois mots	
122. Exprime la possession(moi ,mon, à moi)	
<b>Réception</b>	
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	
<b>Langage élaboré et complexe</b>	
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 neveux 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 lors qu'il a besoin de lui parler	
141. Discute d'un sujet d'actualité	
<b>5—Habilités pré scolaires et scolaires:</b>	
142. Trace un trait horizontal	
143. Trace un trait vertical	
„ Dessine une échelle à partir d'un exemple (les montants ondulés sont acceptés tout MU"lme les barre aux guidé passent)	
145. Trace un carré à partir d'un exemple	
146. Trace un triangle à partir d'un exemple	

<b>Notion du temps</b>	
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

„ Lit l'heure à la minute près sur n'importe quelle montre ou horloge quelque soit le àdran (analogue et numérique)	
150. Estime le temps que peut prendre une activité habituelle	
151. Planifie ses activités de la semaine	
<b>Mathématiques pratiques</b>	
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)	
<b>Lecture</b>	
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	
<b>Écriture</b>	
163. Écrit son prénom	
164. Écrit son prénom et son nom	
<b>6 - S o c i a l i s a t i o n</b>	
<b>Interactions</b>	
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 lorsqu'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 active mentaux activités de groupe (sur demande)	
177. Est capable d'imiter les autres	

O=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.)		
<b>Déplacements</b>		
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 autobus 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		
<b>Ressources communautaires</b>		
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		
<b>Magasinage</b>		

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		

208. Joue aux cartes		
209. Fréquente un centre communautaire		
210. Pratique un loisir ou un passe-temps		
<b>7-Habilités de travail</b>		
<b>Habilités d'emploi et recherche d'emploi (14 ans et Moins : NP)</b>		
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		
, Travaille à un taux de production d'environ 50% des exigences habituelle 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		
<b>Comportements et relations inters personnels au travail</b>		
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		
<b>Services pré-bancaires et bancaires</b>		
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		

## **Partie2 : Comportements inadéquats (items 226 à 324)**

<p><b>0 N'ÉMET PAS CE COMPORTEMENT</b></p>
<p><b>1 LÉGER</b></p> <p>La cote 1 réfère à un comportement <b>occasionnel ou bénin</b> qui peut nécessiter de la part des intervenants une action isolée.</p>
<p><b>2 MOYEN</b></p> <p>La cote 2 réfère à un comportement qui nécessite de la part des intervenants <b>une action généralisée ou concertée</b> afin d'appliquer une stratégie de traitement dans le but de modifier ce comportement.</p>
<p><b>3 GRAVE</b></p> <p>La cote 3 sera donnée lorsque le comportement est suffisamment <b>grave</b> 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.</p>

### 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.

<b>Comportements et postures stéréotypés</b>
226. Tape du pied continuellement
}. Bouge constamment une main (ou les deux)
}. Bouge ou roule la tête
229. Berce son corps
230. Fait les « cent pas » ou marche de long en
231. Tient sa tête penchée
}. Marche sur le bout des pieds
}. Autres comportements et postures stéréotypés ; <u>Spécifiez :</u> <b><u>Comportements de retrait et d'inattention</u></b>
l. 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. Evite le contact visuel
238. Ne répond pas lorsqu'on lui
}. Reste à l'écart du groupe
}. Est timide et réserve dans les situations sociales
241. Autres comportements de retrait et d'inattention ; <u>Spécifiez :</u>
<b>Habitudes et comportements inacceptables</b>

Partie2 : Comportements inadéquats

Annexe 01

242.5e 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 toutes sortes de choses inappropriées	
260. Tire les fils de ses vêtements ou déchire du linge ou du papier	
261. Enlève ses bas et souliers 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. Bais son pantalon ou lève son chandail ou sa robe même dans les endroits 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. Se souille ou se barbouille avec ses selles	
272. Joue avec sa salive ou son crachat	
273. Boit dans le bol de toilette	
274. Hurle si on le touche	
275. Autres habitudes et comportements inacceptables ; Spécifiez :	
<b>Manières interpersonnelles inappropriées et comportements antisociaux</b>	
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 ou 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 des on 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 lorsqu'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 antisociaux Spécifiez:	
<b>Comportements sexuels inadéquats ou divergents</b>	
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 débout-on ne 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 :	
<b>Comportements de violence ou D'agression</b>	
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:	

<b>Comportements d'automutilation</b>	
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. Se gratte 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 plateforme 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

Lorsque 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. par poste régulière (3-5 jours ouvrables)
- ii. par télécopie (48heures):votre numéro de télécopieur( )
- iii. par courriel en format PDF(48heures):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. Veuillez-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 parvenir le questionnaire par **télécopie** au:(514)287-0700

Ou par **courriel** à :info@[labadapt.org](mailto:info@labadapt.org)

ou par **la poste** à:Laboratoire de **mesure du comportement adaptatif**

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

# Résumé

## Résumé

Cette recherche intitulée « le comportement adaptatif chez les enfants autistes ».

L'objectif de notre étude se focalise sur la possibilité de l'acquisition des comportements adaptatifs chez les enfants autistes légers, cette recherche a été menée auprès d'un groupe d'enfants autistes âgées entre 8 ans à 10 ans.

Pour mieux comprendre l'acquisition de quelque notion du comportement adaptatif chez les enfants autistes, nous avons utilisés la méthode descriptive. Et afin de vérifier notre hypothèse, nous référés à deux techniques d'investigation :

- L'observation naturelle ;
- L'échelle Québécois du comportement adaptatif.

Les résultats de l'étude confirment que la prise en charge au sein de ESH OUED GHIR joue un rôle dans l'acquisition des comportements adaptatifs chez les enfants autistes légers.

**Les mots clés :** les enfants autistes, le comportement adaptatif, la prise en charge

## Abstract :

This research is titled "Adaptive Behavior in Children with Autism." The study focuses on the potential acquisition of adaptive behaviors in children with mild autism. It was conducted with a group of autistic children aged 8 to 10 years old. To better understand the acquisition of adaptive behavior concepts in autistic children, a descriptive method was employed. Two investigative techniques were used to verify the hypothesis :

- Natural observation ;
- The Quebec Scale of Adaptive Behavior.

The study's results confirm that intervention at ESH OUED GHIR plays a role in the development of adaptive behaviors in children with mild autism.

**Keywords :** autistic children, adaptive behavior, intervention

