

L'apport de l'approche comportementale dans la prise en charge des enfants atteints de troubles du spectre autistique.

Hasnaa EL FRAANI & Yassyn AMNAY

(CED - L'homme Et L'espace Dans Le Monde Méditerranéen – Faculté des lettres et des sciences humaines – Université Mohammed V)

Publié dans RMPSY le 22/10/2021

Résumé :

L'étude présentée ici a pour thème la progression d'un enfant autiste grâce à l'application de la méthode ABA. Cette étude a donc pour objectif d'examiner l'apport qu'a cette méthode comportementale dans la progression des enfants atteints le TSA. Ceci dans le but de les intégrer et les inclure au sein de la société et ainsi de voir si cette méthode peut permettre à cette souche d'entrer dans les apprentissages comme les autres enfants "normaux"

Les résultats montrent qu'un enfant autiste a besoin d'une prise en charge précoce ainsi qu'un travail intense, de qualité et que tout soit adapté à ses besoins et que pour chaque enfant atteint le TSA, les besoins sont différents. Dans ces conditions, une partie des enfants autistes peut réussir, mais cela reste encore trop souvent singulier. Cela demande un très grand travail pour les parents qui n'ont pas les moyens ni la possibilité de s'adapter avec tous les comportements inadaptés, tout le temps et qui est parfois inattendu. Nous pouvons donc conclure de cette étude qu'il reste encore beaucoup de travail à exécuter au niveau de la prise en charge, pour une meilleure

intégration sociale des enfants autistes, pour leur donner toutes les chances de vivre une vie normale.

Mot clé : Analyse appliquée du comportement - trouble du spectre autistique - étude de cas - prise en charge.

Introduction

Il y a des enfants qui apparaissent normaux à première vue, mais en réalité ils souffrent d'un handicap inaperçu qui est « l'autisme » ou le trouble de spectre autistique (TSA), ce trouble développemental les empêche de vivre une vie autonome et saine.

Les TSA sont larges et hétérogènes, néanmoins trois éléments cumulatifs caractérisent l'autisme :

- les troubles des interactions sociales
- les troubles de la communication verbale et non verbale
- les comportements stéréotypés et répétitifs

En plus des troubles qui les accompagnent et qui diffèrent d'un enfant autiste à l'autre, de multiples dysfonctionnements touchent des domaines tel que la Perception, la fonction motrice, l'imitation, l'imagination, la symbolisation, le langage, la capacité d'adaptation au changement, la fonction émotionnelle...etc.

Les enfants atteints du TSA peuvent avoir des difficultés de fonctionnement qui se traduisent notamment par des comportements inadaptés qui touchent plusieurs domaines : destruction, stéréotypies, agressivité physique et problèmes d'alimentation, automutilation...etc.

Enigmatique, l'autisme a été jusqu'à présent considéré comme une maladie sans espoir et incurable. Aujourd'hui, à défaut de pouvoir en guérir, il est possible, en agissant précocement, d'aider les enfants autistes à améliorer leurs états.

L'objectif de cette étude est de montrer l'apport de la prise en charge comportementale surtout précoce destinée aux enfants atteints du TSA et de déceler en quoi et pourquoi, elle peut les aider à développer le comportement social, l'habileté de communication et d'autres compétences, ainsi que diminuer les comportements stéréotypés.

L'approche comportementale ou l'analyse appliquée du comportement (ABA) se propose, entre autres, d'offrir aux enfants autistes divers moyens afin de développer, maintenir ou rétablir, dans la mesure du possible, le fonctionnement des individus atteints de TSA de manière à la fois efficace et rentable.

Ainsi, le but de notre recherche consiste à analyser la mise en place des thérapies comportementales, dans notre cas : la méthode ABA, pour la prise en charge des enfants présentant des troubles de spectre autistique au sein de notre société marocaine. Notre réflexion est guidée par les hypothèses suivantes : La première m'amène à penser que la méthode "ABA" peut favoriser l'installation des comportements inexistantes chez les enfants atteints de TSA. Par ailleurs, l'utilisation de la motivation chez l'enfant, ainsi que le principe du « *renforcement* » peut être très encourageant et donc maintenir un comportement adapté chez les enfants atteints de TSA. Enfin, notre dernière hypothèse soutient que la méthode "ABA" a des moyens pour corriger les comportements inadaptés chez eux.

Le trouble du spectre autistique est un trouble neuro-développemental, qui est caractérisé par des altérations graves du développement comportemental, des intérêts et activités qui sont restreints, stéréotypés, et un développement cognitif anormal de l'enfant, principalement au niveau des fonctions exécutives.

L'intérêt de notre recherche est de traiter la problématique de l'autisme à l'aide d'une étude Clinique, faite sur un enfant marocain atteint de TSA, et qui suivent une thérapie comportementale selon la méthode ABA.

Cette méthode qui aide à l'apprentissage et l'installation des comportements inexistantes avant, le maintien des comportements adaptés et la correction des comportements inadaptés chez les enfants atteints le TSA. Et donc à la progression des enfants atteints de troubles du spectre autistique.

La méthode ABA (L'analyse comportementale appliquée) est une approche pédagogique fondée sur des recherches scientifiques. Elle vise à définir et ainsi à modifier les comportements problématiques de l'enfant ; à analyser les antécédents capables d'influencer l'apparition de ceux-ci et à planifier des interventions afin de développer des comportements appropriés.

Cette méthode permet la généralisation de concepts chez l'enfant qui éprouve souvent de la difficulté à transférer ses habiletés et ses comportements d'une situation à l'autre.

ABA applique également ces lois pour aider à réduire les comportements qui peuvent interférer avec l'apprentissage ou les comportements qui peuvent être nuisible. La thérapie ABA est utilisée pour améliorer les compétences linguistiques et la communication. Elle est également utilisée pour améliorer l'attention, la concentration, les compétences sociales, la mémoire...etc. Et enfin ABA est utilisée pour aider à diminuer les comportements problématiques.

L'intérêt de notre recherche est de traiter la problématique de l'autisme à l'aide d'une étude de cas clinique, faite sur un enfant marocain atteint de TSA, et qui suit une thérapie comportementale selon la méthode ABA.

1. Vignette clinique

Ossama est un garçon de 5ans et demi, originaire de Hoceima, réside à Casablanca et bénéficiant de la mutuelle. Issu d'une famille de niveau socioéconomique moyen, il est le 3ème d'une fratrie de 4 enfants dont lui et trois filles ayant 10 ans, 8ans, et 11 mois. Il est le fils d'un père de 43 ans qui est commissaire ayant un niveau bac et d'une jeune mère de 34 ans qui était professeur dans une école privée. Actuellement elle est femme au foyer, une situation engendrée par l'état d'Ossama qui nécessite une attention particulière pour remédier à ses déficits comportementaux et lui permettre par la suite de suivre une scolarisation « normale » comme ultime souhait de sa mère.

Étant un enfant non-désiré au début, selon sa mère, Ossama a quand même eu une vie prénatale normale suivie d'un accouchement à terme, pas de SNN. Son Poids de naissance : 3 kg et 750g, un teint bleuâtre, un allaitement maternel pendant 7 mois, la marche a été effectuée à l'âge d'1 an. Antécédent familiaux : tante et oncle paternelles sont psychotiques.

N'ayant présenté aucun signe de déficience corporel ou comportemental au début, production des sons vocaux (rires) et affichage du contact visuel dès les deux mois, l'enfant était considéré comme normal. Ce n'est qu'après sa première année que sa mère a commencé à avoir des soupçons avec la régression des comportements acquis auparavant, ce qui s'est renforcé par la comparaison avec ses sœurs qui, à cet âge, pouvaient au moins communiquer par le regard et avaient déjà prononcé leurs premiers mots.

Les plaintes de la mère auprès du père était en vains suite au déni totale de ce dernier qui affirmait que Ossama était juste un enfant calme et étant un garçon alors sa comparaison avec ses sœurs était non fondée. Cette période a coïncidé avec la mutation du père à Essaouira, ville où la mère ne connaissait que peu de gens et n'ayant pas sa famille à ses côtés pour la soutenir. Elle a donc choisi d'ignorer les signes de déficits présentés par son

filis pour se focaliser plutôt sur ses deux filles qui intégraient la moyenne et la grande section maternelle.

Dans ces conditions, Ossama était souvent délaissé au foyer pendant des durées courtes, dans une poussette équipée de ceinture de sécurité devant une télévision, au profit de ses sœurs. Ossama restait calme et même insensible dans ce que sa mère a décrit comme étant « sage comme un ange », rares sont les fois où il pleurait et qui ne durait pas longtemps.

A l'âge d'un an et demi, période coïncidant avec le déménagement de la famille à Salé, Ossama ne répondait pas à l'entente de son nom, avec un détachement total de son entourage, il ne paraissait pas affecté par la présence ou l'absence d'aucun membre de sa famille. Et à part des mots incomplets de types « Ata », « Aba » ou « Mama » qui se sont rapidement volatilisés, l'enfant ne prononça plus rien, un état devant lequel la mère a avoué rester perplexe ne sachant quoi faire jusqu'au jour où elle a vu un documentaire sur l'autisme sur une chaîne de télévision. Elle a fait un rapprochement entre l'état de son fils et le tableau clinique de cette maladie, suivi de maintes recherches sur le net qui parlaient de la présence du retard de langage et l'absence du contact visuel et de la concentration, caractères typique chez les autistes.

La mère ayant lu que c'est une maladie incurable, a voulu d'abord explorer d'autre piste, d'où la visite chez un Oto-rhino-laryngologie (ORL). Une visite qui a révélé la présence d'une surdité unilatérale secondaire à une otite séromuqueuse traitée alors par des séances de drainage, (il s'agit d'une technique chirurgicale qui consiste à évacuer progressivement un liquide de l'oreille dans notre cas.). L'enfant a aussi bénéficié d'une IRM (L'imagerie par résonance magnétique) afin d'exclure tout autre maladie.

La surdité ne pouvait pas expliquer tout le tableau que présentait Ossama. Le diagnostic de l'autisme est posé à l'aide de l'ADOS et ADI-R au sein de l'unité pédopsychiatrique de l'hôpital AR-RAZI, le 1^{er} décembre 2017, à l'âge de 2 ans et qui a marqué le début de sa prise en charge par une équipe pluridisciplinaire, constituait de psychiatre, psychologue, orthophoniste et psychomotricienne suivant un rythme hebdomadaire, ainsi que l'utilisation de la thérapie ABA.

Ossama a profité de cette thérapie à un âge précoce (avant ses 2ans jusqu'à maintenant). Avant même de profiter de la prise en charge au sein de l'hôpital AR-RAZI, à cause du rendez-vous assez loin. La mère a eu recours au service d'une éducatrice, par le billet d'une association au profit des autistes, qui visitait Ossama 3 fois par semaine pour 150Dh/semaine, montant très chers pour la famille, ce qui a poussé la mère à assister aux séances pour apprendre les techniques de travail pour minimiser les dépenses.

Ainsi pendant 3 mois, l'éducatrice a travaillé avec Ossama toutes les thématiques en commençant par la concentration et la fixation du regard, actions auxquelles Ossama, exhibant un caractère hyperactif, répondait par des cris et des comportements autoagressifs à savoir : frapper sa tête au sol de manière répétitive. Ainsi en se basant sur un renforçateur dans le cas d'Ossama des bonbons, l'enfant, au bout de 3 séances, a appris que chaque consigne exécutée, dont « assieds-toi », égale un bonbon.

Bien que des fois Ossama se rebellait en voulant le bonbon sans avoir exécuté des consignes, mais à force de répéter il a fini par apprendre à s'asseoir sur la table pour laisser place à la deuxième thématique qu'est la fixation du regard.

Dans cette phase, Ossama s'est retrouvé contraint à regarder l'éducatrice en ayant la tête tournée de force vers elle, dans ce qu'ils appellent apprentissage par la guidance, en entendant répétitivement « regarde-moi ». Et dès qu'il forme un contact visuel avec son éducatrice même pour un laps de temps il se voit récompenser par un bonbon.

Après avoir acquis cette compétence, il y'a eu passage à la 3ème thématiques qui est l'apprentissage des noms des objets une phase vis-à-vis à la quelle Ossama a présenté une bonne capacité à mémoriser les noms des objets présents d'abord à la maison de types : assiette, cuillère, table...etc. puis au grande surface, ensuite avec les photos identiques pour attiser l'association des choses identiques chez Ossama pour finir avec les photos des animaux.

Ossama a fini par articuler à l'âge de 2ans et 2mois et associer les photos identiques ou complémentaires, le tout sans pointage. L'enfant a présenté une grande difficulté à pointer les choses. A titre d'exemple la mère nous a expliqué que Ossama aimait beaucoup les pommes qui d'habitude sont posées sur le réfrigérateur. L'enfant voulant la pomme a d'abord eu recours aux cris et à l'auto-agressivité pour obtenir la pomme, la mère sachant ce qu'il voulait ne cessait de lui répéter le mot pomme puis « donnez-moi la pomme » et enfin « donnez-moi la pomme » avec pointage. Ossama a eu besoin de 2 mois pour acquérir tout le processus. Ce qu'on peut résumer dans le tableau suivant :

Tableau N 1:

<i>Antécédent</i>	<i>Comportement</i>	<i>Conséquence</i>
- La présence de la pomme sur le réfrigérateur dans la cuisine.	- Ossama frappe sa tête contre le sol et cri.	- La mère néglige son comportement et lui demande de dire « pomme ».

- Qui était présent ? : La mère

Cette phase a témoigné d'une grande contribution de la mère qui en se basant sur la guidance et les renforçateurs primaires « le bonbon » ainsi que secondaires « Bravo » et « chatouille » a vite remarqué le développement du vocabulaire de son enfant. En étant dans la cuisine à titre d'exemple, la mère ne cessait de faire répéter les noms des objets qu'elle tenait en main à son enfant et ce 7jrs/7.

Ossama n'a présenté aucune difficulté à répéter et apprendre les mots sans les déformer sauf pour la lettre « ك » qui la remplaçait par « ق », problème qui a été vite résolu à l'aide de l'orthophoniste. Après avoir acquis le bagage nécessaire en vocabulaire Ossama a commencé à apprendre sous la tutelle de sa mère les thématiques de types champs lexicaux à savoir : cuillère et assiette, brosse à dent et dentifrice...etc.

Après avoir appris les objets des diverses pièces de la maison, Ossama a mémorisé les fruits et les légumes puis les métiers en accompagnant sa mère lors de ses courses tel que : boucher, maçon... etc. et enfin les vêtements. Mais malgré l'acquisition de tout ce vocabulaire l'enfant était incapable de mener une conversation fluide avec ses semblables. La mère a expliqué que Ossama avait recours à des conversations de type « récit à raconter » marqué par l'absence de la chronologie nécessaire à la compréhension de ses dires.

A cette période, le 1^{er} rendez-vous avec l'orthophoniste, et arrivé après 9mois d'attente. Ayant déjà le vocabulaire nécessaire mais ne sachant comment l'investir, le travail avec l'orthophoniste a eu un grand effet sur ce volet. Toujours en se basant sur l'ABA, la mère sous la tutelle de l'orthophoniste constituait des séries d'évènements en détails et bien ordonnées grâce aux images découpées des livres et des magazines et qui

démontraient, à titre d'exemple, un enfant entrant à la salle de bain pour laver son visage au lavabo et broser ses dents avec la brosse à dent et le dentifrice pour ensuite s'essuyait avec une serviette...etc. Le but de cet exercice a visé le fait que Ossama soit capable de constituer une phrase dans la mesure où au début il reconnaissait le lavabo, le dentifrice, la serviette... etc. mais il n'arrivait pas à réunir le tout dans une seule phrase correcte, il ne pouvait pas répondre à une question.

A l'âge de 4ans, Ossama était capable de formuler des phrases mais de types stéréotypés, c'est un langage non-fonctionnel, bien que verbale. C'était surtout des citations qu'il a appris grâce à sa mère. IL avait acquis les formes et les couleurs ainsi que le triage en fonction d'eux, mais il n'avait pas la notion de grandeur ni du temps et de l'espace. Il n'avait pas des troubles d'articulation mais il avait un langage spontané très pauvre et non fonctionnel avec une écholalie importante ainsi que des phrases hors contexte, par exemple : pour n'importe quelle question posée il pouvait bien répondre de manière répétitive « *je me suis fait couper les cheveux* ». Aussi, il ne comprenait pas les émotions tel que la tristesse, la colère, le dégoût... ni les actions tel que dormir, réfléchir, souffler...etc. Il a acquis les notions « *au-dessous* », « *au-dessus* », et « *dedans* », mais n'appréhendait pas à titre d'exemple le son que fait l'eau étant versé dans un verre ou encore le son de chat qui miaule.

Ossama a subi des exercices avec l'orthophoniste se focalisant d'abord sur les 5 sens avec des photos des yeux, oreilles, bouche, mains, nez et des exercices qui stimule l'odorat et le gout ou encore le toucher grâce à des mains en argile. Ensuite il a appris les émotions de bases ainsi que la formulation de conversation correcte de type : où étais tu aller ? Avec qui ? Par quel moyen ?... De même que les récits imaginaires sur des images.

Puis l'enfant a subi des exercices de base visant le développement de la discrimination visuelle pour mieux stimuler sa concentration tel que : entourer avec le rouge les fleurs présentes dans cette image ou encore la discrimination des voyelles avec les gestes dans ce que l'orthophoniste appelle la méthode phonético-gestuelle puis par l'écrit et enfin par le sens.

En ce qui concerne les consonnes, Ossama les a appris par thème en l'occurrence la lettre « M » et « N », ou encore le « L » et le « B » pour passer aux mots avec des prononciations très voisines tel que « feu » et « veut » jusqu'à ce qu'à la disparition de toute confusion chez lui.

La méthode psycho-gestuelle a été utilisée pour encren en Ossama les significations des images, des mots et des gestes acquis au cours de tout son processus d'apprentissage ainsi que l'habilité à écrire. Au bout de cette phase Ossama était capable de maîtriser un langage correct et devenu apte à mener des conversations convenables avec des phrases de constitution conforme contenant des adjectifs tel que long, court... pour enfin laisser place à l'apprentissage du langage écrit avec des lectures, des exercices de copiage et de dicté.

A cette même période, Ossama a bénéficié d'une rééducation visant l'adaptation sociale, avec ses nouvelles acquisitions qui sont en avance par rapport aux enfants de son âge, il a été capable de mieux s'intégrer à l'école où il a été au début marginalisé pour son incapacité à mener des conversations correctes.

En parallèle du travail sur le langage et tout ce qu'on a déjà vu, Ossama a suivi des séances visant la motricité avec une psychomotricienne, à partir de l'âge de 3 ans et 7 mois, toujours on se basant sur la méthode de l'ABA et qu'on va les détailler après. Au début, et durant les 2 premières séances, Ossama avait besoin d'être sécurisé parce qu'il avait peur de rester à la salle sans l'accompagnement de sa mère.

En ce qui concerne ses déplacements, Ossama peut se déplacer d'un point à l'autre de la salle dès le début de sa prise en charge, il se dirige spontanément vers le placard du matériel pour chercher des jouets. C'est un enfant très anxieux, il a peur d'entrer en interaction avec l'environnement qui l'entoure, que ce soit les objets ou les personnes. De plus, il utilise des stratégies qui semblent lui permettre de se couper du monde extérieur. Il passe également un temps à se regarder dans le miroir, y prenant un réel plaisir.

Concernant sa coordination dynamique générale, il ne présente aucune difficulté au niveau des coordinations, il court, saute et grimpe à l'escalier, il semble avoir un schéma corporel en cours de construction. Cependant son dessin du bonhomme est sous forme de gribouillage. Les épreuves de pédestre, mettant un membre inférieur dominant droit, Ossama présente des petites résistances qui se manifestent par l'hypertonie. Il s'agit d'un enfant calme qui n'investit pas assez la relation duelle en exprimant son refus et en détournant le regard.

Ces caractéristiques nécessitent une prise en charge individualisée pour garantir à Ossama un cadre spatio-temporel de confiance où il peut s'ouvrir davantage vers l'extérieur et acquérir d'autres compétences de sociabilité et d'autonomie. De ce fait un travail a été fait avec nous pour améliorer l'hygiène chez Ossama, en commençant d'abord par l'enlèvement des couches à l'âge de 3 ans. Au début, et devant le refus total de l'enfant d'utiliser les toilettes, on a expliqué qu'il ne savait pas ce qu'on s'attendait de lui en le positionnant sur la cuvette. Ainsi, Ossama a été amené dès son réveil aux toilettes, tout en versant de l'eau tiède sur son bas de ventre, ses cuisses et ses fesses pour que ses muscles se relâchent et faciliter de ce fait la défécation, le père l'encourageait avec des renforçateurs tels que « bravo ! Tu as fait pipi » à mains reprises jusqu'à ce qu'il a été capable de répondre « j'ai fait pipi » lorsqu'on lui demande « qu'est-ce que tu as fait ? », puis on lui a

appris à dire « j'ai terminé », pour arriver en fin de compte à la phrase complète « j'ai terminé, nettoyez-moi » comme conclusion du processus d'autonomie hygiénique qui a duré 3 mois.

Mais par rapport à l'état d'introversion et de repli sur soi que vivait Ossama [dans la mesure où il n'aimait pas les étrangers vis-à-vis des quels il exhibait des réactions de peurs et de craintes] son état à cette période était marqué par une ouverture sur son entourage, en bénéficiant des sorties à la plage, en forêt, au zoo... etc. Ceci a développé chez lui une perception des choses qui l'entoure et de ce fait stimuler sa socialisation.

En ce moment, Ossama a encore des troubles au niveau de l'organisation de l'espace bien moins qu'avant sa prise en charge selon la méthode ABA mais assez pour que la mère la mentionne dans nos interviews. L'enfant présente aussi une sélectivité alimentaire typique chez les autistes en refusant de manger tout type de viande. La mère a trouvé comme solution leurs dissimulations dans des purées. En ce qui concerne les vêtements, Ossama avait peur de la disparition de ses mains sous ses habilles, alors la mère a commencé par lui mettre des t-shirts sans manche pour lui permettre de s'habituer aux vêtements -sous les consignes de la psychologue-, suivit d'autres t-shirts de type demi-manche pour arriver à des tricot long manche.

Maintenant Ossama préfère mettre des jackets qui grâce à leurs ceintures éclairées sont plus pratiques que les boutons des tricots dans la mesure où des déficits au niveau de ses mains se révèlent lors des activités nécessitant une motricité fine tel que l'écriture révélant ainsi des déficits de grapho-motricité ou encore l'action de tenir la cuillère... choses qui n'était pas facilité par le fait qu'il est gaucher. Ces déficits ont été traité par des exercices proposés par la psychomotricienne dans des activités de grapho-motricité qui se résumait par tracé des formes, des chiffres, traits, points, demi-cercles, spirales, modelé de quadrillage, petits poissons à colorier...etc. , tout ça dont

l'objectif est la combinaison de plusieurs mouvements: translation du coude, rotation du poignet rotation et flexion-extension des doigts, ainsi que des jeux telle que la balle où Ossama a été amené à contracter avec ses mains des petites balles, marcher sur ses mains à l'aide de l'un des parents afin de développer et régler le tonus musculaire dans ses mains, qui se variait entre hyper et hypotonique dans la mesure où, à titre d'exemple, il mettait tellement de la pression sur ses doigts pour bien écrire, de ce fait ses muscles finissent par se fatiguer et tomber dans l'hypo-tonification. Mais en général, il souffrait plus de l'hyper-tonification que son antonyme, ce qui générait en lui une fatigabilité suite à cette motricité inadaptée.

Dans ce sens, Ossama suivait des activités de sociabilité visant le développement de l'expression corporel en organisant des scènes à imiter, des jeux de postures, des parcours dans un cadre théâtral pour le pousser à mieux s'exprimer et s'extérioriser.

En ce qui concerne la peur qu'exhibait fréquemment Ossama, selon les propos de sa mère, elle peut trouver origine dans l'incident qu'a eu lieu lors de la circoncision de l'enfant ayant deux ans et demi, suivant laquelle il a été amené sans la connaissance de sa mère pour se faire opérer alors que celle-ci voulait l'emmener à l'hôpital militaire pour lui faire subir l'opération de circoncision sous anesthésie générale en prenant en considération l'état fragile de son enfant qui a été profondément affecté par cet incident qui s'est traduit par des pleurs continus sans raison apparente ainsi qu'une crainte d'être touché ou soulevé durant les 15 jours suivant l'opération, néanmoins ayant bénéficié d'une circoncision à laser l'enfant n'a eu aucune complication.

A la maison, Ossama s'est révélé être un peu têtu surtout que son père ne cesse de le chouchouter au contraire de sa mère qui est très disciplinaire à

son égard, ne faisant aucune différence entre lui et ses sœurs, ces dernières l'aime profondément et se sentent responsable vis-à-vis de lui.

En ce qui concerne les stéréotypies, mis à part ceux qui ont été mentionnées auparavant et qui ont été résolues grâce à la méthode ABA, la mère essayait de faire une diversion d'activité lorsque Ossama faisait des stéréotypies afin de les éliminer, Ossama élaborait une passion pour tout ce qui est de forme ronde que ce soit des roues, des ballons..., néanmoins il a révélé une passion profonde pour les trains qu'il pouvait contempler toute la journée sans s'ennuyer. Il a affirmé vouloir devenir conducteur de train après qu'il a été amené par sa famille, suite à sa demande, pour voir de près la locomotive du train.

Actuellement Ossama a pu obtenir une certaine autonomie vestimentaire en s'habillant tout seul sauf pour les jeans car il éprouve encore le besoin de se tenir dos au mur pour tenir son équilibre. Mis à part ce déficit l'enfant est capable désormais de manier sa vie de manière autonome et même aider sa famille dans des tâches tel que : amener son assiette à la cuisine, acheter des produits chez un épicier même hors de la résidence...etc., Ossama avait tendance à obéir à sa famille. De ce fait on lui introduisait de plus en plus de responsabilités à sa taille en l'occurrence sa mère lui demandait de faire les courses tout en le suivant de loin, au début, afin de s'assurer de sa sécurité.

Maintenant Ossama sort tout seul pour jouer avec les enfants de son âge ayant acquis le langage et l'autonomie nécessaire pour le faire. Ce sens de socialisation a été mieux aiguisé grâce à son inscription à l'école dès l'âge de 3ans.

2. Discussion psychopathologique

Ossama a eu un vécu psychologique composé de deux phases. Une avant l'apparition claire de sa maladie, et exactement avant 1ans et demi, qui était

riche de changement sur plusieurs plans et des lacunes, et cela du développement jusqu'à la régression d'Ossama. Quant à la 2^{ème} phase que nous appelons la phase de rattrapage et d'évolution, elle correspond au développement psychologique et cognitif positif de l'enfant. Cette période coïncide avec la prise en charge comportemental où il a appris beaucoup de compétence jusqu'à maintenant. Dans les deux premières années de sa vie, il a vécu une série des changements et des événements.

A cette période de dépendance totale, le nourrisson est dans une situation de dépendance absolue vis-à-vis de son entourage, spécifiquement sa mère. Au cours de cette période, la maman doit être littéralement en résonance avec les besoins de son bébé. Car le nourrisson et sa mère doivent former une dyade.

Au cours de cette période cruciale, la maman d'Ossama n'a pas pu réussir cette interaction, car elle répondait au besoin de son fils d'une façon chaotique vu les séparations successives vécues, ce qui a peut-être influencé l'intégration de "Moi" de Ossama.

Une série de situation de séparations successives, commencent par la mutation à Essaouira à un âge très précoce et dans les premiers mois de la vie d'Ossama, à cause de la nature de travail de son père. A cette période-là, et vu la séparation de la grande famille -les tantes et les grand parents ...etc. - . La mère délaissait Ossama presque chaque jour, pour pouvoir s'occuper des deux filles. Une continuité de négligence et d'écartement, de son enfant non désiré - de la part de la mère seulement, et non du père -. Devant cette séparation angoissante, Ossama vie son angoisse en silence, et la mère ignore cette situation, on se focalisant surtout sur ses filles, du fait qu'il est calme.

A l'âge de 1 ans et demi, la mère a fait la remarque, mais le père a refusé de l'admettre en optant pour une dénégation au lieu de confronter la réalité qui le touche au premier plan. Car, les sentiments qui unissent un homme à son fils sont toujours très intenses. Et **la complicité nouée avec un petit garçon est différente**. Déjà la paternité prend un sens particulier quand le bébé à venir est **un prolongement, un enfant « pareil »** et non « différent ». Il n'y a pas si longtemps, le futur papa n'était pas encore qu'un petit garçon levant des yeux interrogateurs ou admiratifs vers son propre père, ça, d'une part. D'autre part cette relation particulière s'inscrit dans une lignée qui possède une histoire. Il a besoin de se sentir relié à l'humanité, qu'il fait partie de la grande famille humaine. Traditionnellement, la filiation était patrilinéaire ; elle assurait au père qu'il avait un fils. Et donc l'inquiétude de la mère d'Ossama, touche le père avant le fils.

La dernière séparation est vécue pendant le déménagement à salé c'est un changement qui influence non seulement Ossama mais aussi toute la famille surtout la maman qui s'occupe presque de tout le foyer. Ces séparations successives n'aidaient pas Ossama à s'enraciner dans un espace stable, une maison, un quartier, et d'autres objets qui changent tout le temps. Il a connu des séquences temporelles irrégulières qui empêchent le sentiment du présent et la capacité de se projeter dans l'avenir. En outre, ces séparations répétées ont eu des effets traumatiques accompagnés d'un sentiment d'insécurité interne avec des angoisses d'abandon très fortes.

A cette période Ossama a eu une régression qui se caractérisait par l'absence des mots, il ne répondait pas à son prénom...etc. En même temps, Ossama est devenu anxieux, se coupant du monde extérieur, il regardait le miroir beaucoup en y éprouvant du plaisir facilement observable sur son visage.

Suite à tous ces signes, la maman a cherché sur le net afin de comprendre l'état de son fils après qu'elle a vu beaucoup de spécialise pour découvrir à la

fin que Ossama était atteint d'un trouble de spectre autistique. Dès ce jour, un changement radical de comportement envers Ossama s'est établi chez la mère avec un sentiment de responsabilité et de culpabilité élevée qui a motivé la mère, qui à son tour a sensibilisé tous les membres de sa famille nucléaire pour aider Ossama.

Pour elle, il ne doit pas avoir une erreur dans la famille, elle ne doit pas avoir un enfant qui a un handicap. Elle voulait rattraper les moments de séparation avec son fils et des lacunes déjà vécues par ce dernier pendant les deux ans passés, (mécanisme de défense de la maman).

Une attention particulière a été accordée à Ossama dans l'espoir qu'il puisse avoir une vie normale comme tout le monde par la suite. Alors la mère a commencé l'ABA juste après le diagnostic et cela à l'aide d'une éducatrice au début pour continuer le travail elle-même après, elle travaillait avec Ossama tout le temps, et partout à la maison comme dehors.

La maman **se projette** alors sur son fils, qui représente sa part de masculinité. A travers lui, elle va vivre ce qu'elle n'a pas fait elle-même. Mais dans notre cas la mère va investir d'une manière exagérée cette masculinité vu l'état de son fils.

C'est un changement qui touche toute la famille, la maman, le père et les sœurs, ils sont tous associés pour aider Ossama, un travail vertical sur Ossama, et un travail systémique horizontal entre eux et Ossama. Ce dernier a réussi à apprendre beaucoup de chose qui englobe tous les domaines de l'apprentissage de base tel que l'autonomie, le langage, la perception, l'imitation, la motricité (globale et fine), la coordination oculo-manuelle, la sociabilité. Et cela, soit en les apprenants pour la première fois ou bien comme étant un comportement déjà acquis et dans ce cas ils visent à le maintenir.

Il y'a eu aussi un grand travail sur les comportements problèmes surtout de la part de la maman qui grâce à elle il y'a eu ce travail concentré et ciblé à un âge précoce. Un travail individualisé qui cible les défaillances de Ossama, ainsi que ses compétences.

En parallèle, on a le père qui choie un petit peu son enfant, du fait qu'il n'est pas assez présent et assez participant dans la prise en charge d'Ossama, vu la nature de son travail. Ce comportement s'oppose au comportement de la maman qui cadre tout le temps Ossama, dans l'objectif principale de le préparer à l'école à un âge équivalant aux autres enfants soit disant normaux.

3. Discussions des données :

Au terme de cette recherche, il nous paraît évident que de nombreux bienfaits et progrès sont indéniables pour cet enfant atteint d'autisme ayant suivi un programme ABA. Il a réussi à entrer dans les apprentissages. L'usage du renforcement alimentaire reste néanmoins l'élément qui intrigue le plus et qui reste quelque part dérangeant dans l'approche comportementale ABA. Pour certains enfants atteints sévèrement d'autisme, si leur intérêt se porte uniquement sur les bonbons et les gâteaux, au début de la mise en place d'un programme ABA, cet intérêt-là sera alors utilisé pour leurs enseignés des compétences qui leurs seront profitables et de nouveaux centres d'intérêts, moins primaires, finiront par émerger.

De nouveaux renforçateurs apparaîtront, notamment les renforçateurs sociaux (tels que les sourires, les chatouilles, les félicitations...). Et, dès que cela sera possible, le renforcement alimentaire sera abandonné au profit de renforçateurs moins primaires, à titre d'exemple le cas d'Ossama qui aime les chatouilles et les bonbons mais il préfère le premier renforçateur. De plus, lorsque le renforcement alimentaire est utilisé, précisons que seules de

très petites quantités sont données aux enfants afin de ne pas perturber leur équilibre alimentaire de la journée. Les objectifs d'une telle approche sont d'offrir à ces enfants, à long terme, le maximum d'autonomie et d'indépendance dans le cadre de leur vie quotidienne. Certains comportements peuvent paraître très automatisés, mais les enfants ne sont pas formatés comme des robots : petit à petit, des compétences complexes finiront par être construites sur la base de compétences simples acquises.

Un autre point semble nous interpeler : considérer le langage comme un comportement à acquérir. Cette vision semble un peu réductrice. Néanmoins, l'idée d'utiliser des moyens de communication alternatifs, tels que le pointage, la langue des signes, la communication par images, tel que le programme PECS, appliqués sur les principes de l'ABA, est salutaire. Elle permet d'entrer réellement dans la communication et, au mieux, peut devenir un tremplin dans l'émergence du langage oral.

Bref, nous avons pu examiner les trois hypothèses de notre recherche qui visent trois axes de la prise en charge comportementale, et exactement "ABA". Pour le moment, Ossama est capable de faire beaucoup de choses d'une manière autonome et ne trouve pas des difficultés à communiquer avec son entourage, ce qui facilite son insertion dans la société.

Conclusion générale :

Le travail effectué tout au long de cette recherche permet d'attirer l'attention des professionnels et des familles d'enfant atteint de troubles du spectre autistique sur la nécessité d'une prise en charge précoce. L'intervention précoce permet de limiter les effets envahissants de l'autisme. Intervenir tôt c'est corriger au moins partiellement le développement et donner une assise plus solide aux apprentissages ultérieurs. Ouvrir la voie de la communication sociale et accompagner les enfants vers le langage.

Contribuer à l'amélioration de la qualité de vie de l'enfant et de sa famille au présent comme dans le futur. C'est aussi modérer les coûts de la prise en charge ultérieure pour la collectivité.

De façon générale l'ABA (**Applied Behavior Analysis**) ou Analyse Appliquée du comportement, est basée sur des principes scientifiques et expérimentaux. L'A.B.A. emploie des méthodes basées sur la théorie de l'apprentissage et appliquée à l'autisme les principes comportementalistes.

L'ABA n'est pas une méthode miracle mais permet néanmoins grâce à une intervention éducative adaptée et personnalisée de faire progresser les enfants autistes. Elle comporte un programme de techniques de modification du comportement et de développement de compétences.

Tous les enfants n'ont pas la même évolution. En dépit de la correction possible de certains comportements, le style autistique persiste. Le plus souvent des mesures spécifiques d'éducation restent utiles dans le prolongement de la période précoce du développement afin d'accompagner l'enfant dans sa progression et lui donner tous les outils de la communication et de l'adaptation sociale.

Les enfants autistes réagissent de façon très différente. Certains apprennent très vite, d'autres beaucoup plus lentement. De plus, il est possible de modifier le programme pour insister davantage sur l'autonomie ou d'autres habilités favorisant l'indépendance, bien que l'enfant demeure retardé. On suggère qu'il est possible de profiter de la motivation et les centres d'intérêt des enfants atteints du trouble de spectre autistique et de les accroître avec l'intervention comportementale dont l'objectif est l'apprentissage le plus rapide.

Il est évident que pour ces enfants autistes l'intervention A.B.A. n'apporte pas toutes les réponses. En effet, bien qu'elle remporte un succès considérable et une amélioration continuellement au rythme des recherches. L'intervention comportementale reste une thérapie qui possède bien plus d'appui scientifique que toutes autres interventions auprès des enfants autistes.

Mais il ne faut pas non plus la considérer comme une méthode unique et exclusive. Elle doit s'inscrire dans une prise en charge globale et ne doit pas être considérée comme le remède universel, car en matière d'autisme, cela n'existe pas.

D'un autre côté l'ABA ne peut pas être appliquée à tous les autistes et son efficacité varient notamment en fonction du degré de déficience intellectuelle. De plus, elle doit être adaptée à l'enfant et à la singularité de chacun pour être réellement efficace. A ce jour, dépasser le stade de l'enfance, signifie l'absence totale d'une structure de type ABA pour les personnes atteintes d'autisme... Il n'y a donc pas de relais.

Références bibliographiques:

- Asperger H. *Les psychopathies autistiques*. Paris: PUF, 1998.
- Baron-Cohen S, Leslie AM, Frith U. Does the autistic child have a "theory of mind"? *Cognition*, 1985.
- Cassidy S, Bradley P, Robinson J, Allison C, Mc Hugh M, Bron-Cohen S. Suicidal ideation and suicide plans or attempts in adults with Asperger's syndrome attendind a specialist diagnostic clinic: a clinical cohort study. *Lancet Psychiatry*, 2014.
- Courchesne E, Mouton PR, Calhoun ME, Semendeferi K, et al. Neuron number and size in prefrontal coetex of children with autism. *JAMA*, 2011.
- DSM-II, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 1968.
- DSM-III, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 1980.

- DSM-VI, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 1996.
- DSM-V, Traduction de "Jean Cottraux".
- Fishman I, Keown CL, Lincoln AJ, Pineda JA, Muller RA. Atypical cross talk between mentalizing and mirror neuron networks in autism spectrum disorder. *JAMA Psychiatry*, 2014.
- Forgeot d'Arc B. Point de vue des neurosciences cognitive sur l'autisme. In : Yvon D, editor. *A la découverte de l'autisme : des neurosciences à l'inclusion*. Paris, Dunod, 2014.
- FROST, Lori ; BONDY, Andy. *Le Système de Communication par Echange d'Images : manuel de formation*. NEWARK : PyramidEducational Product, 2002.
- Jordan B, *Autisme. Le gène introuvable. De la science au business*. Paris: édition de seuil, 2012.
- Kanner L. Autistic disturbances of affective contact, *Nervous Child*, 1943.
- KarinneGueniche, *PSYCHOPATHOLOGIE DE L'ENFANT*, 3^{ème} édition, ARMAND COLIN, 2011.
- Luczynski KC, Hanley GP. Examining the generality of children's preference for contingent reinforcement via extension to different responses, reinforcers, and schedules. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 2010.
- Mazet P, Houzel D, Burstejn C. *Autisme infantile et psychoses précoces. Encyclopédie Médico-Chirurgicale* 1998.
- Mesibov G. *Autisme, le défi du programme TEACCH*, Paris, 1995.
- Mesibov GB, Shea V. The TEACCH program in the era of evidence-based practice. *J Autism DevDisord* 2010.
- MosconiMW, Cody-Hazlett H, Poe MD, Gerig G, et al. Longitudinal study of amygdale volume and joint attention in 2 to 4 year old children with autism. *Arch Gen Psychiatry*, 2009.
- O'Roak BJ, Vives L, Girirajan S, Karakoc E, et al. Sporadic autism exomes reveal a highly interconnected protein network of de novo mutations. *Nature*, 2012.
- PEETERS, T. « L'autisme, de la compréhension à l'intervention », Paris, DUNOD, 1996.
- Rapoport J, Chavez A, Greestein D, Addington A, Gogtay N. Autism spectrum disorders and childhood-onset schizophrenia: clinical and biological contributions to a relation revisited. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2009.

- Riviere V, Becquet M, Peltret E, Facon B, Darcheville JC. Increasing responses in fine moter behavior in children with autism: the effect of the higt-probability requests procedure. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 2011.
- Sally J. ROGERS, Geraldine DAWSON, L'intervention precoce en autisme Le Modèle de Denver pour jeunes enfants, DUNOD, 2013.
- Sandin S, Lichtenstein P, Kuja-Halkola R, Larsson H, et al. The familial risk of autism. *JAMA* 2014.
- Simonoff E, Pickles A., Charman T, Chandler S, et al. Psychiatric disorders in children with autism specrum disorders: prevalence, comorbidity, and associated factors in a population-derived sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2008.
- Szatmari P. Is autism, at least in part, a disorder of fetal programming? *Arch Gen Psychiatry*, 2011.
- TUIL, Julie. Le PECS : le système de communication par échange d'images. PARIS: Pyramid Educational Consultants, 2005.
- Zilbovicius M, Meresse I, Chabane N, Brunelle F, et al. Autism, the superior temporal sulcus and social perception. *Trends Neurosci*, 2006.

Webographie:

- [http: //WWW2.gsu.edu/~psydlr/M-CHAT/Official_M-CHAT_Website_files/M-CHAT_French.pdf](http://WWW2.gsu.edu/~psydlr/M-CHAT/Official_M-CHAT_Website_files/M-CHAT_French.pdf)