



MÉRICI
COLLÉGIAL PRIVÉ

INTERVENTION, DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET TSA

351-241-ME

FANNIE LAVOIE

Techniques en éducation spécialisée

FDS

Notes de cours

Méridi collégial privé

Automne 2023

Table des matières

PARTIE DI	4
LA DÉFINITION	5
LES GRANDES APPROCHES	13
LES CAUSES	20
LES CARACTÉRISTIQUES COGNITIVES	27
LES INTERVENTIONS PRÉCOCES	32
LE PROCESSUS D'ADAPTATION DES PARENTS	35
LES HABILITÉS SOCIALES	40
LA VIE AFFECTIVE, AMOUREUSE ET SEXUELLE	43
LE COMPORTEMENT	50
<hr/>	
PARTIE TSA	64
L'ÉVOLUTION DU DIAGNOSTIC	65
LES CAUSES	69
LES CRITÈRES DIAGNOSTIQUES	72
LES SIGNES PRÉCOCES	80
DES PRÉCISIONS	87
LES PERCEPTIONS SENSORIELLES	93
LE FONCTIONNEMENT COGNITIF ET AFFECTIF	104
LES INTERVENTIONS	110
LE COMPORTEMENT	137
<hr/>	
MÉDIAGRAPHIE	141

PARTIE DI LA DÉFINITION



<https://www.uneviedebilingue.fr/pourquoi-vous-avez-tous-tort-sur-la-definition-du-bilinguisme/>

DÉFINITION SELON LE DSM-5

Voici la définition selon le DSM-5. Le handicap intellectuel est un trouble débutant pendant la période du développement, fait de déficits tant intellectuels qu'adaptatifs dans les domaines conceptuels, sociaux et pratiques. Les trois critères suivants doivent être présents :

A : déficit des fonctions intellectuelles comme le raisonnement, la résolution de problèmes, la planification, l'abstraction, le jugement, l'apprentissage scolaire, et l'apprentissage par l'expérience, confirmés par l'évaluation clinique et les tests d'intelligence individuels standardisés.

B : déficit des fonctions adaptatives (les domaines) qui se traduit par un échec dans l'accession aux normes habituelles de développement socioculturel permettant l'autonomie et la responsabilité sociale. Sans assistance au long cours, les déficits adaptatifs limitent le fonctionnement dans un ou plusieurs champs d'activité de la vie quotidienne comme la communication, la participation sociale, l'indépendance, dans des environnements variés tels que la maison, l'école, le travail, la collectivité.

C : début du déficit intellectuel et adaptatif pendant la période du développement (avant 18 ans).

Dans le DSM-5 on retrouve les niveaux de sévérité de la déficience intellectuelle pour chacun des domaines.

Niveau de sévérité : léger

Domaine conceptuel :

Chez les enfants d'âge préscolaire, il peut ne pas y avoir de différence évidente sur le plan intellectuel. Pour les enfants d'âge scolaire et les adultes, il existe des difficultés à acquérir des compétences scolaires telles que la lecture, l'écriture, le calcul, l'apprentissage de l'heure, la valeur de l'argent avec un besoin d'aide dans un ou plusieurs domaines pour satisfaire aux attentes en rapport avec l'âge. Chez l'adulte, l'abstraction, les fonctions exécutives (c.-à-d. Planification, élaboration de stratégies, classement par priorité, flexibilité cognitive), la mémoire à court terme tout autant que l'utilisation des compétences scolaire (ex. lecture, gestion de l'argent) sont altérées. Il existe une approche plutôt concrète des problèmes et des solutions par rapport aux adultes du même âge.

Domaine social :

Par rapport aux adultes du même âge, le sujet est immature dans ses interactions sociales. Par exemple, il peut avoir des difficultés à percevoir avec acuité les codes sociaux. La communication, la conversation et le langage sont plus concrets ou immatures que ce qui est attendu pour l'âge. Il peut y avoir des difficultés à contrôler l'émotion et le comportement de façon appropriée à l'âge ; ces difficultés sont remarquées par les autres dans la vie sociale. Le sujet a une compréhension limitée des risques dans les situations sociales ; son jugement y est immature, et il court le risque d'être manipulé par les autres (crédulité).

Domaine pratique :

Le sujet peut agir de manière appropriée à son âge pour les soins personnels. Il nécessite cependant, plus que ses pairs, une assistance pour les tâches plus complexes de la vie quotidienne. À l'âge adulte, les aides concernent surtout les achats alimentaires, les transports, la prise en charge des enfants et de la maison, la préparation de repas équilibrés, la gestion des comptes et de l'argent. L'aptitude aux loisirs est peu différente des sujets du même âge, bien que l'appréciation des aspects relatifs au bien-être et à l'organisation durant les distractions nécessite une aide. À l'âge adulte, le sujet peut réussir à trouver un emploi en milieu normal, mais dans des fonctions qui ne mettent pas en avant les compétences intellectuelles. Ces personnes ont généralement besoin d'aide pour prendre des décisions médicales et légales, et pour pouvoir mettre à profit avec compétence une formation professionnelle. Un soutien est habituellement nécessaire pour élever une famille.

Niveau de sévérité : moyen**Domaine conceptuel :**

Tout au long du développement, les capacités intellectuelles restent en deçà de celles de ses pairs. Pour les enfants non encore scolarisés, le langage et les compétences préscolaires se développent lentement. Pour les enfants scolarisés, les acquisitions en lecture, écriture, calcul, la compréhension de l'heure et la gestion de l'argent progressent lentement au fil des années, mais ont manifestement limitées par rapport aux autres élèves. Chez les adultes, le développement des capacités intellectuelles reste manifestement à un niveau élémentaire, et une aide est nécessaire pour toute application des apprentissages scolaires dans le monde du travail ou la vie personnelle. Une assistance

au long cours est requise pour mener à bien des tâches conceptuelles du quotidien, et peut s'avérer nécessaire que d'autres en assurent la pleine responsabilité à la place du sujet.

Domaine social :

Le sujet au cours de son développement, montre de grandes différences par rapport aux autres dans la communication et les comportements sociaux. Le langage parlé reste d'évidence le premier moyen de communication, mais à un niveau de complexité nettement inférieur à celui de ses pairs. La capacité de lier des relations est manifeste avec la famille et des amis ; le sujet peut même au cours de sa vie arriver à établir des relations amicales durables voire des relations amoureuses à l'âge adulte. Cependant, les sujets peuvent ne pas percevoir ou interpréter avec finesse les codes sociaux. Le jugement social et les capacités décisionnelles sont limités et des aidants doivent assister la personne dans les décisions importantes de la vie. Les relations amicales avec des pairs non handicapés sont souvent affectées par une communication et une sociabilité limitée. Une aide soutenue, tant au niveau social que relationnel, est nécessaire pour réussir dans le monde du travail.

Domaine pratique :

Le sujet arrivé à l'âge adulte peut assurer ses besoins personnels pour ce qui est de la nourriture, de l'habillement, de l'élimination sphinctérienne, de la toilette, bien qu'une période prolongée d'éducation pour accéder à l'autonomie dans ces domaines soit nécessaire et que des rappels soient parfois indispensables. De même, la participation à toutes les tâches domestiques peut être acquise à l'âge adulte, bien qu'une période prolongée d'éducation soit nécessaire et que des aides suivies soient

typiquement indispensables pour accéder à un niveau de performance adulte. Un travail autonome dans des emplois requérant des aptitudes intellectuelles et de communication limitée peut être exercé, mais un soutien considérable de la part des collègues de travail, de l'encadrement et des autres est nécessaire pour satisfaire aux attentes sociales, aux difficultés de travail et aux exigences annexes telles que les horaires, les transports, les soins, la gestion de l'argent. La personne peut accéder à des activités de loisirs variées. Cela bien sûr requiert une aide complémentaire et des possibilités d'accès à l'apprentissage sur une période plus longue. Pour une minorité significative, un comportement inadapté est la cause de problèmes sociaux.

Niveau de sévérité : grave

Domaine conceptuel :

L'acquisition des compétences conceptuelles est limitée. Le sujet a habituellement peu de compréhension du langage écrit et des notions impliquant des nombres, des quantités, le temps et l'argent. Les aidants doivent fournir une aide substantielle pour résoudre les problèmes tout au long de la vie.

Domaine social :

Le langage parlé est assez limité en termes de vocabulaire et de grammaire. Le discours peut se résumer à des mots ou phrases simples et être complété par des moyens de suppléance. Le discours et la communication sont centrés sur « l'ici et le maintenant » des événements quotidiens. Le langage est plus utilisé à des fins de communication sociale qu'à de l'explication. Les sujets comprennent un discours simple et la communication gestuelle. Les relations avec les

membres de la famille et des proches sont une source de plaisir et d'aide.

Domaine pratique :

Le sujet a besoin d'aide pour toute activité du quotidien, ce qui inclut les repas, l'habillement, la toilette, l'élimination. Il nécessite une surveillance de tous les instants. La personne ne peut pas prendre de décisions responsables concernant son bien-être ou celui des autres. À l'âge adulte, la participation à des tâches ménagères, aux distractions et au travail requiert une aide et une assistance permanente. L'acquisition de compétence de tout domaine nécessite un enseignement prolongé et une aide constante. Un comportement inadapté, incluant l'autoagressivité, est présent chez une minorité significative de sujets.

Niveau de sévérité : profond

Domaine conceptuel :

Les compétences intellectuelles sont essentiellement centrées sur le monde physique plutôt que sur le monde symbolique. Le sujet peut utiliser des objets de façon appropriée pour prendre soin de lui, travailler ou se distraire. Quelques compétences visuospatiales, comme assortir ou trier des objets selon leurs caractéristiques physiques, peuvent être acquises. Cependant, des déficits sensori-moteurs associés peuvent interdire l'utilisation d'objets.

Domaine social :

Le sujet a une compréhension très limitée de la communication symbolique, qu'elle soit orale ou gestuelle. Il peut comprendre des instructions ou des gestes simples. La personne exprime très largement ses désirs et ses émotions dans la communication non verbale et non symbolique. Elle trouve du plaisir dans les relations avec les membres de sa famille qu'elle connaît bien, les soignants, les proches, et amorce ou répond aux interactions sociales par des signes gestuels ou émotionnels. Des déficits sensori-moteurs associés peuvent interdire un grand nombre d'activités sociales.

Domaine pratique :

Le sujet est dépendant des autres pour tous les aspects du soin quotidien, de sa santé et de sa sécurité bien qu'il puisse aussi être capable de participer à quelques-unes de ces activités. Les individus indemnes d'atteintes physiques graves peuvent aider à certaines tâches domestiques du quotidien, comme servir à table. Des actions simples utilisant des objets peuvent servir de base de participation à des activités professionnelles qui nécessitent néanmoins de hauts niveaux d'assistance soutenue. Les activités de loisir comprennent le plaisir d'écouter de la musique, regarder des films, se promener, participer à des activités aquatiques, toujours avec un soutien extérieur. Des déficits physiques et sensoriels associés sont de fréquentes entraves à la participation (au-delà d'observer), à ces activités domestiques, de loisirs ou professionnelles. Un comportement inadapté est présent chez une minorité significative.

LE QI

On retrouve aussi les grandes catégories de déficiences intellectuelles en lien avec le QI (quotient intellectuel).

Déficience	QI
Légère	75-50
Moyenne	50-35
Grave ou sévère	35-20
Profonde	20-0

Il est important de noter que l'unique utilisation du QI n'est plus utilisée dans l'élaboration d'un plan d'intervention, car ce n'est qu'une toute petite facette de la personne. Le plus important, ce n'est pas le QI en tant que tel, mais bien ce que l'on fait avec notre QI. Un adulte de 30 ans ayant un QI d'un enfant de 5 ans est certainement très différent d'un enfant de 5 ans. Il a une expérience de vie et nous devons en tenir compte dans nos interventions.

PARTIE DI

LES GRANDES

APPROCHES



<http://www.luminaprime8.co.uk/whatwedo/>

BREF HISTORIQUE

Depuis que le monde est monde il y a des personnes ayant une déficience intellectuelle. Nous sommes passés de la mort (on les tuait tout simplement), à l'enfermement, à l'institutionnalisation et à l'intégration. On parle aussi d'inclusion, mais il reste encore beaucoup de chemin à parcourir pour y arriver. Il est inquiétant de voir qu'à l'aube du troisième millénaire un retour en arrière est possible sous forme d'*eugénisme*. Selon Jean-François Martin, auteur du livre « la déficience intellectuelle, concept de base » l'avancement de la médecine et de la génétique pourrait promouvoir de nouvelles valeurs et venir ainsi modifier la vision que nous avons sur les droits des personnes ayant une déficience intellectuelle.

LA NORMALISATION

Une des premières approches utilisées pour intervenir auprès des personnes ayant une déficience intellectuelle est la normalisation. Elle est née entre les années 1960 et 1970. Avec cette approche on tente d'apporter aux personnes des conditions de vie normales. C'est-à-dire, reproduire des conditions semblables à celles vécues par la moyenne des personnes dites « normales ». On crée alors :

- * des internats de rééducation ;
- * des pavillons ;
- * des cellules de vie dans les grandes institutions ;
- * des classes spéciales intégrées dans les écoles publiques.

LA VALORISATION DES RÔLES SOCIAUX¹

La valorisation des rôles sociaux se définit par « l'utilisation de moyens culturellement valorisés pour établir ou maintenir autant que possible des expériences, des apparences, des perceptions et des rôles sociaux qui soient valorisés sur les plans culturel et social. » L'objectif principal visé est d'accroître la qualité des services offerts aux personnes et à leur entourage. Elle se traduit :

1. L'amélioration de l'image sociale des personnes. Sources d'images importantes : le langage utilisé avec et à propos de la personne, l'apparence personnelle, les activités, habitudes et rythmes du service.
2. Le développement des compétences : toute personne, quel que soit son degré de handicap peut se développer tout au long de sa vie.

La VRS utilise trois moyens :

1. La valorisation de la personne elle-même : considérer la personne avant sa déficience ou ses difficultés.
2. La valorisation de ses conditions de vie : lui assurer de vivre dans un monde sans ségrégation liée au sexe, à l'âge ou aux origines de naissance
3. La valorisation de son rôle social : développer ses capacités à apporter sa collaboration au sein d'un groupe social, qu'il soit

¹ Gérard Odasso [en ligne] <http://gerard-odasso.net/spip.php?article226> page consultée le 20 décembre 2016

scolaire, professionnel, associatif, sportif, culturel, syndical, politique...

L'APPROCHE POSITIVE

L'approche positive trouve ses racines dans la continuité du mouvement de la normalisation et de la valorisation des rôles sociaux, principaux moteurs des changements de mentalité à l'égard des services humains. Ce courant de pensée humaniste des années 1970 et 1980 a grandement déterminé la transformation des systèmes de services, en préconisant l'intégration physique et sociale des personnes présentant des déficiences. Ce faisant, il s'est attaqué à l'amélioration des conditions de vie de ces personnes en se fondant sur l'hypothèse qu'elles ont les mêmes besoins fondamentaux que tout être humain non déficient et qu'elles ont avantage à vivre dans des environnements non ségrégués.²

Croyance, considération, reconnaissance : voilà les trois valeurs fondamentales.

- ✓ Croyance : «la personne peut se développer et changer tout au long de sa vie, qu'elle a les mêmes besoins fondamentaux que n'importe quel autre individu, qu'elle peut faire des choix, qu'elle peut être utile » (Fraser et Labbé, 1993).

- ✓ Considération : « la personne ayant une déficience intellectuelle est un interlocuteur valable. Elle peut influencer et questionner nos positions comme individu et intervenant. Elle mérite notre respect » (Fraser et Labbé, 1993).

² Tassé, M.J. et Morin, D. (2003). La déficience intellectuelle, gaëtan morin éditeur, p.192

- ✓ Reconnaissance : « la personne doit pouvoir jouer un rôle social valorisant et obtenir, s'il y a lieu, l'assistance ou le soutien nécessaire pour vivre avec succès dans la communauté. Enfin, elle doit être traitée avec dignité en considération de son âge et de ses besoins véritables » (Fraser et Labbé, 1993).

L'approche positive est abordée dans une double perspective, soit la *qualité de vie* et la prévention des *comportements excessifs*. Cette vision globale de la personne évite qu'elle soit considérée uniquement comme un objet d'apprentissage ou comme un problème.

L'AUTODÉTERMINATION

On définit l'autodétermination par la capacité d'une personne à faire des choix pour elle-même et par elle-même, indépendamment de toute contrainte extérieure.³ Malheureusement encore aujourd'hui la société présuppose que la personne ayant une déficience intellectuelle est souvent incapable de prendre des décisions.

Les personnes présentant une déficience intellectuelle sont bien souvent infantilisées. Il en résulte une sorte de suraccompagnement, une surcompensation des déficiences perçues. L'individu est alors dispensé de choix et de donc de responsabilités.⁴

On peut aider une personne à développer son autodétermination, à ce qu'elle agisse d'une manière plus autonome. Pour qu'une action soit

³ Réseau international sur le Processus de production d'handicap [en ligne] <http://ripph.qc.ca/fr/revue/journal-20-03-2012-07> page consultée le 20 décembre 2016

⁴ Réseau international sur le Processus de production d'handicap [en ligne] <http://ripph.qc.ca/fr/revue/journal-20-03-2012-07> page consultée le 20 décembre 2016

autodéterminée, elle doit comporter les 4 éléments suivants (les 2 premières sont les plus importantes) :

1. La personne agit de manière autonome.
2. Le comportement est autorégulé. (Capacité à analyser son environnement et ses possibilités personnelles avant de prendre des décisions et d'évaluer les conséquences).
3. La personne agit avec empowerment psychologique. (Acquérir le pouvoir de travailler, d'apprendre, de se débrouiller seul...).
4. Elle agit de manière auto réalisée. (Connaissance de ses forces et faiblesses et d'agir en conséquence).

Autrement dit, le principe de l'autodétermination en déficience intellectuelle donne à la personne la capacité de contrôler sa propre vie ou son habileté à orienter sa propre vie. Ce principe met l'accent sur l'importance de guider la personne et de lui apprendre à faire des choix importants pour sa vie, mais aussi sur le respect des choix de la personne.

L'individu qui côtoie une personne ayant une déficience intellectuelle aura une grande influence dans la prise de décisions. Il est important ici de comprendre que ce n'est pas lui qui décide, mais qu'il aide la personne à décider. Voici quelques interventions que l'individu (peut être un intervenant, un membre de la famille, etc.) Peut faire :

- accompagner, aider à définir ce que la personne veut;
- développer l'autonomie;
- favoriser le partage du pouvoir et du savoir;
- éviter d'imposer ses valeurs, ses attitudes et ses manières de faire;

- considérer la personne comme égale et lui fournir des moyens pour qu'elle prenne des décisions sur des sujets importants pour elle.

PARTIE DI

LES CAUSES



<http://entarcousa.com/cause/>

PÉRIODE PRÉNATALE

Les causes de la déficience intellectuelle sont classées selon le moment où leur responsabilité est engagée, c'est-à-dire suivant les étapes de la vie à laquelle, elles se produisent.

Il faut mentionner que la période prénatale est cruciale dans le développement du fœtus. Un traumatisme chez le fœtus ou une erreur génétique peuvent entraîner une modification de la structure biochimique de l'enfant. Lors de la conception, il arrive que des facteurs génétiques, héréditaires et spécifiques fassent en sorte que la déficience intellectuelle prenne forme. Il faut aussi savoir qu'à l'intérieur de ces facteurs, on retrouve les anomalies chromosomiques.

L'aberration chromosomique la plus connue est sans doute la trisomie 21. L'être humain naît avec 46 chromosomes. Il en reçoit 23 de la mère et 23 du père. On numérote chaque paire de chromosomes de 1 à 22 (la 23^{ième} paire est composée des chromosomes sexuels XX chez la femme et XY chez l'homme). Donc lorsque l'on dit qu'une personne a la trisomie 21 c'est qu'à la 21^{ième} paire on retrouve 3 chromosomes au lieu de 2. En principe toutes les paires peuvent avoir un chromosome supplémentaire, lorsque cela arrive généralement le fœtus n'est pas viable.

La plus fréquente est la trisomie 21. Il existe aussi :

- la trisomie 5 (syndrome du cri du chat) ;
- la trisomie 7 (syndrome de William-Beuren) ;
- la trisomie 9 en mosaïque (T9M) ;
- la trisomie 13 (syndrome de Patau) ;
- la trisomie 17 (syndrome de Smith-Magenis)
- la trisomie 18 (syndrome d'Edward).

On retrouve aussi d'autres formes de syndromes qui ne sont pas en lien avec un 3^{ième} chromosome, mais qui résulte d'une modification de certains gènes de certains chromosomes. En voici quelques-uns :

- le syndrome de Prader-Willi ;
- le syndrome d'Angelman ;
- le syndrome de Rubinstein-Taybi ;
- le syndrome de Cornélia de Lange ;
- la sclérose tubéreuse de Bourneville ;
- le syndrome de Seckel.

Il y a aussi des aberrations des chromosomes sexuels qui sont relativement fréquentes. Leurs causes possibles sont sensiblement comme celles des trisomies. On retrouve une augmentation du nombre de chromosomes sexuels, mais cette augmentation n'a pas des effets aussi graves que dans le cas des trisomies. La présence d'une déficience intellectuelle peut y être associée dans certains cas, mais pas dans tous. Voici les aberrations des chromosomes sexuels :

- Le syndrome de l’X fragile ;
- Le syndrome de Rett ;
- Le syndrome de Turner ;
- Le syndrome de Klinefelter.

D’autres facteurs prénataux peuvent aussi causer de la déficience intellectuelle. En voici quelques-unes avec les interventions possibles.

Les causes	Les interventions possibles
L’âge de la mère	<ul style="list-style-type: none"> • Idéalement procréer avant l’âge de 35 ans
La consanguinité	<ul style="list-style-type: none"> • Rendre le conseil génétique plus accessible
La consommation de substances toxiques (alcool, drogue, rayons X)	<ul style="list-style-type: none"> • Campagne de sensibilisation • Information sur les contre-indications des RX (avec l’aide du médecin et du pharmacien)
Diabète de la mère	<ul style="list-style-type: none"> • Gestion de la glycémie
ITSS de la mère et/ou infections virales, bactériennes	<ul style="list-style-type: none"> • Éviter d’être en contact avec certaines personnes malades (varicelle, rubéole, rougeole, etc.) • Lavage des mains • Protection lors des relations sexuelles
Travail de la mère dans un environnement dangereux	<ul style="list-style-type: none"> • Discussions avec le médecin • Possibilité de retrait préventif

Carence de la mère (nutrition)	<ul style="list-style-type: none"> • S'informer auprès du médecin sur la nécessité d'un surplus vitaminique • Alimentation saine et variée
Mauvais traitements (violence)	<ul style="list-style-type: none"> • Campagne de sensibilisation • En parler au médecin
Hyperthermie	<ul style="list-style-type: none"> • S'abstenir de prendre des saunas, des bains très chauds ou d'effectuer des exercices physiques dans un environnement chaud et humide

PÉRIODE PÉRINATALE

On entend par période périnatale, la période qui commence à la 154^e journée de gestation et se termine au 7^e jour après la naissance. Cette période peut faire en sorte qu'un enfant en parfaite santé durant la gestation soit finalement diagnostiqué déficient intellectuel. Voici les principales causes et leurs interventions.

Les causes	Les interventions possibles
Prématurité	<ul style="list-style-type: none">• Campagne de sensibilisation
Infections chez la mère	<ul style="list-style-type: none">• Mesures universelles d'hygiène• Immunisation de la femme
Lésions ou traumatismes cérébraux lors de l'accouchement	<ul style="list-style-type: none">• Accoucher avec des personnes compétentes (médecin, sage-femme)
Anoxie	<ul style="list-style-type: none">• Accoucher avec des personnes compétentes (médecin, sage-femme)

LA PÉRIODE POSTNATALE

La période postnatale se situe après le 7^e jour suivant la naissance.

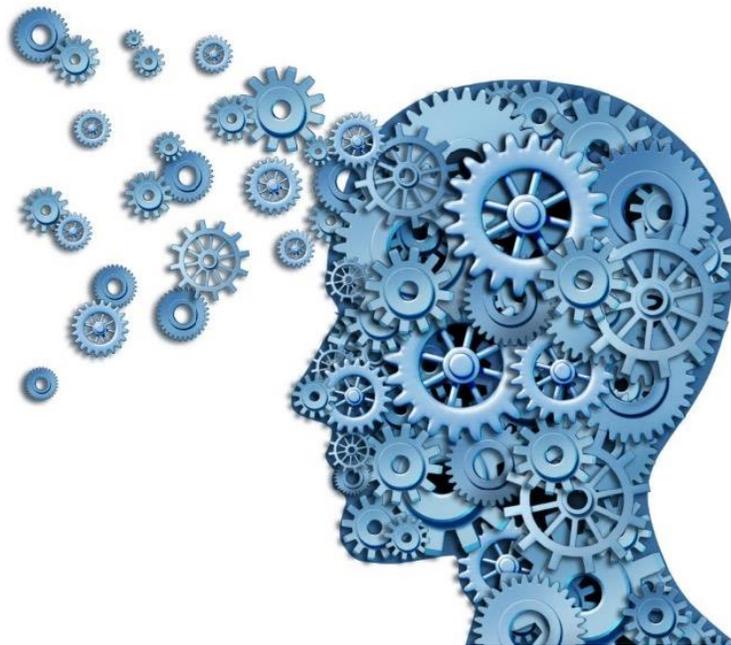
Les causes	Les interventions possibles
Traumatismes crâniens (syndrome du bébé secoué)	<ul style="list-style-type: none">• Siège adapté• Mesures environnementales adaptées
Certaines infections (oreillons, méningite, etc.)	<ul style="list-style-type: none">• Vaccination• Mesures universelles d'hygiène
Les privations psycho-socio-environnementales	<ul style="list-style-type: none">• Accès aux services (aide parentale, DPJ, hôpital, etc.)
Empoisonnement (plomb, mercure, oxyde de carbone)	<ul style="list-style-type: none">• Campagne de sensibilisation

PARTIE DI

LES

CARACTÉRISTIQUES

COGNITIVES



http://investinsamara.ru/de/state_private_partnership/knowledge_base

Lorsqu'une personne vit avec une déficience intellectuelle, les caractéristiques cognitives sont, par le fait même, différentes. Chez la personne ayant une déficience intellectuelle, on retrouve souvent les caractéristiques suivantes :

- l'âge mental ne correspond pas à l'âge chronologique ;
- limites au niveau du raisonnement, du jugement et du sens critique ;
- difficultés d'abstraction;
 - La personne ayant une déficience intellectuelle a de la difficulté à classer les choses qui l'entourent (période des opérations formelles). La notion de temps, le calcul, l'heure sont des concepts très difficiles à assimiler. On voit aussi une difficulté d'orientation dans l'espace et dans le temps.
- problème dans l'anticipation, la planification, l'organisation et la mémorisation de données cognitives ;
 - Déficit de la mémoire à court terme qui affecte la compréhension rapide de nombreuses données complexes.
- temps de latence ;
 - Temps d'arrêt plus ou moins long avant de fournir une réponse à une question ou de faire l'action demandée. La personne présente un déficit particulier en ce qui concerne la vitesse de traitement des informations et gère difficilement les imprévus.
- faible capacité d'introspection, d'attention et de concentration ;
- l'apprentissage passe souvent par l'imitation et la routine ;
- déficit de fonctionnement relié au transfert et à la généralisation.

PROCESSUS D'APPRENTISSAGE

Il existe plusieurs théories ou approches sur le processus d'apprentissage, on retrouve le behaviorisme, le cognitivisme, le constructivisme, l'humanisme... bref le choix est loin d'être facile. Laquelle de ces théories ou approches est la meilleure ? Laquelle est la plus adaptée aux personnes ayant une déficience intellectuelle ? Difficile à dire, mais voici les étapes (*qui se rapporte à la psychologie cognitive*) qui sont souvent utilisées afin de démontrer le processus d'apprentissage chez une personne.

1^e étape : la perception

Dans cette étape le cerveau par l'entremise des sens fait le tri parmi les informations retenues.

2^e étape : l'intégration

Durant cette étape l'information entrée dans le cerveau est classée (selon notre système de classement).

3^e étape : la rétention

C'est ici que nos mémoires (long terme, court terme, lexicale, sémantique) conservent l'information.

4^e étape : le transfert

L'information est retrouvée avec l'aide de notre mémoire et ensuite elle est utilisée dans un autre contexte, un autre moment. Bref, on peut dire que dans cette étape l'apprentissage se fait partout et tout le temps.

Une fois que l'on connaît les étapes d'apprentissage des personnes, il est aussi important de connaître les méthodes d'apprentissage. Voici les principales méthodes :

- apprentissage par imitation ;
- apprentissage par association ;
- apprentissage pas essais et erreurs ;
- apprentissage par explication ;
- apprentissage par répétition ;
- apprentissage combiné ;
- apprentissage par immersion.

En somme, il est important de considérer l'apprentissage comme un processus actif. Il demeure important de tenir compte des principes suivants :

- reconnaître la contribution des connaissances antérieures dans l'apprentissage ;
- l'apprentissage doit poser à l'apprenant des défis raisonnables ;
- faciliter les apprentissages en réduisant la complexité des tâches ;
- rendre les activités d'apprentissage significatives ;
- l'utilisation de support visuel est essentielle ;
- attirer et maintenir le niveau d'attention de la personne ;
- soutenir la motivation ;
- guider l'apprentissage et non faire à la place de ;
- assurer la rétention des apprentissages par des exercices répétés et des séances d'entraînement autonomes ;
- prévoir des activités de transfert afin d'aider à la généralisation.

INTERVENTIONS POUR LES CARACTÉRISTIQUES COGNITIVES

- Proposer des activités selon l'âge développemental, mais adapté à l'âge chronologique.
- Développer des habiletés correspondant à l'âge chronologique.
- Donner des moyens et stratégies selon l'âge mental.
- Décortiquer l'information.
- Faire de fréquents rappels.
- Faire pratiquer souvent.
- Utiliser des supports visuels/processus de compensation.
- Vérifier les acquis antérieurs.
- Utilisation d'un langage et consignes simples.
- Favoriser et stimuler l'expression orale, gestuelle et graphique.
- Utiliser des situations de vie réelles.
- Développer le plus possible des démarches de résolution de problèmes.

PARTIE DI

LES INTERVENTIONS

PRÉCOCES



<https://www.tpe-dl.com/outils>

On sait que l'apprentissage commence dès la naissance et on sait aussi que l'apprentissage est cumulatif. Il faut donc commencer le plus tôt possible nos interventions auprès des enfants présentant un **retard global de développement (RGD)**. Dans le DSM-5 un seul paragraphe est destiné au **RGD**. Il est écrit : *« ce diagnostic est réservé aux enfants de moins de 5 ans, lorsque le niveau de sévérité clinique ne peut être établi en raison d'un manque dans l'évaluation et l'utilisation d'instruments standardisés. Ce diagnostic est posé lorsque l'enfant n'évolue pas selon les stades de développement attendus, et ce, dans plusieurs domaines de fonctionnement. Ce diagnostic s'applique également aux enfants dont il est impossible d'évaluer le fonctionnement intellectuel de manière systématique, c'est-à-dire les enfants trop jeunes pour qu'on utilise avec eux des outils standardisés. Cette catégorie exige également une réévaluation après un laps de temps »*.

En somme cela veut dire que maintenant, avant de donner le diagnostic de déficience intellectuelle, l'enfant a environ 5 ou 6 ans. Il doit avoir eu dans sa vie des interventions précoces adaptées à ses besoins de soutien (tel que vue dans la partie définition). Selon Thompson et coll. (2008) le concept de *« besoin de soutien »* comporte : *des ressources et des stratégies visant à promouvoir les intérêts des personnes et dont le résultat est une grande indépendance de la personne, une meilleure participation dans la société, une interdépendance, une meilleure intégration communautaire et une meilleure qualité de vie.*

Donc, afin de déterminer le besoin de soutien de la personne on doit se poser la question suivante, le soutien préconisé ou mis en place contribue-t-il

- À favoriser l'autodétermination de la personne (choix, préférences, intérêts, prises de décisions...) ?
- À améliorer ses relations sociales (famille et amis), à développer ses relations socioaffectives, à respecter son intimité... ?
- À enrichir le répertoire de la personne (en lui permettant de s'approprier des biens ou effets qui l'intéressent, à effectuer un travail motivant ou à se valoriser à l'intérieur d'un passe-temps) ?
- À participer à des activités scolaires ou communautaires ?
- Développer son bien être (psychologique, matériel, physique...) ?

Il importe de fournir à l'enfant et à la famille le soutien requis, et ce le plus tôt possible, d'où l'importance capitale de l'intervention précoce.

PARTIE DI

LE PROCESSUS

D'ADAPTATION DES

PARENTS



<https://www.billhighway.co/solving-chapter-challenges-at-the-asae18-component-hackathon/>

Le processus d'adaptation est en réalité le processus de deuil, le deuil de l'enfant parfait. Que l'on apprenne que notre enfant a une déficience intellectuelle légère quand il a 4 ans ou que l'on apprenne qu'il a un TSA, c'est le même processus pour les parents. Ils sont en deuil de l'enfant qu'ils voulaient. Leurs rêves, leur espoir, leur avenir sont complètement chamboulés. On retrouve dans plusieurs ouvrages les étapes du deuil, c'est dans le livre de **Poirier, Nathalie et Kosminski, Catherine**. (2008). *L'autisme, un jour à la fois* : Les presses de l'Université Laval, chronique sociale, qu'on retrouve celles-ci.

Le choc :

L'annonce ou la confirmation d'un diagnostic a presque toujours en effet de choc sur les parents. Il y a, simultanément, sidération et soulagement. Les parents décrivent souvent ce type de réactions contradictoires et incompatibles, comme une tonne de briques qui leur tombe sur la tête ce qui, leur apprenant enfin la maladie de leur enfant, les apaiserait.

La négation, le déni :

À la suite du choc du diagnostic, la plupart des parents vivent une période de déni. Le déni est un mécanisme psychologique qui sert à se protéger de la douleur et des angoisses. La négation permet aux parents de gagner du temps : ils se préparent à affronter ce qu'ils perçoivent encore comme inconcevable. Le déni permet aussi de se préparer à aborder la réalité, d'accumuler de l'information, de solliciter un diagnostic ou un pronostic plus favorable, d'acquérir des habiletés pour composer avec les difficultés de l'enfant, d'aller chercher du soutien dans l'entourage ou dans les groupes d'entraide. Il retarde ou aide à éviter la dépression, le découragement, la colère. Quelques parents

peuvent vivre le déni pendant plusieurs années avant de passer à une autre étape.

Le désespoir :

Les réactions de désespoir apparaissent lorsque le déni cesse graduellement d'être efficace. Les parents vivent une nouvelle réalité : les difficultés de leur enfant et de ces conséquences. Ils ne savent alors pas comment ils pourront intervenir et d'adapter aux particularités de leur enfant. Il s'agit d'un grand défi qu'ils ne peuvent ni éviter ni modifier. Très souvent, les parents traversent une phase dépressive, plus ou moins longue et intense. Le désespoir est aussi caractérisé par le remords et la colère. Les parents croient être responsables du problème.

Le détachement :

Il est rare de rencontrer des parents qui ignorent ce que signifie l'autisme. Avant même de consulter un spécialiste, certains ont des soupçons, un pressentiment que leur enfant ne va pas bien. Ils se doutent bien de la gravité de l'état de leur enfant. Les parents n'osent même pas en parler entre eux. Cette étape signifie que le parent est dans un sentiment de lâcher prise et qu'il se rend à l'évidence que son enfant sera différent et que son parcours sera parfois parsemé d'embûches. C'est l'étape où la personne se détache du passé et commence à voir l'avenir. Un pas vers la dernière étape...

L'acceptation :

L'acceptation est l'attitude qui permettra aux parents de croire à l'avenir. Il s'agit d'une période dynamique et continue. Elle est fonction de la personnalité du parent, de son évolution, de sa constitution et de sa souplesse. Elle varie d'une personne à l'autre. Une adaptation réussie entraîne la satisfaction, une impression de domination et l'affirmation de la personnalité. Ainsi, ce n'est pas l'autisme que les parents doivent accepter, c'est plutôt l'enfant qui en est atteint. Personne n'aime un handicap ou des incapacités, mais on peut aimer l'enfant qui présente ces particularités.

Notons qu'il semble y avoir des différences entre les sexes dans la manière de s'adapter. Les mères acceptent mieux les incapacités que leurs conjoints. Elles ont souvent un contact plus direct avec l'enfant, ce qui diminue leur tendance à contester le handicap. Certains pères se coupent émotionnellement de leur enfant, obligeant les mères à s'occuper seules de celui-ci. Culturellement, les hommes doivent se montrer solides en cachant leurs faiblesses. Un enfant en difficulté, particulièrement si c'est un fils, peut symboliser une impuissance pour le père qui tentera alors de combattre les faiblesses de son enfant d'une façon presque désespérée.

Cependant, de nos jours, les pères entrent plus facilement en contact avec leur nouveau-né et s'autorisent à jouer plus hâtivement avec lui. Par le fait même, ils ne peuvent rester insensibles aux difficultés de leur enfant.

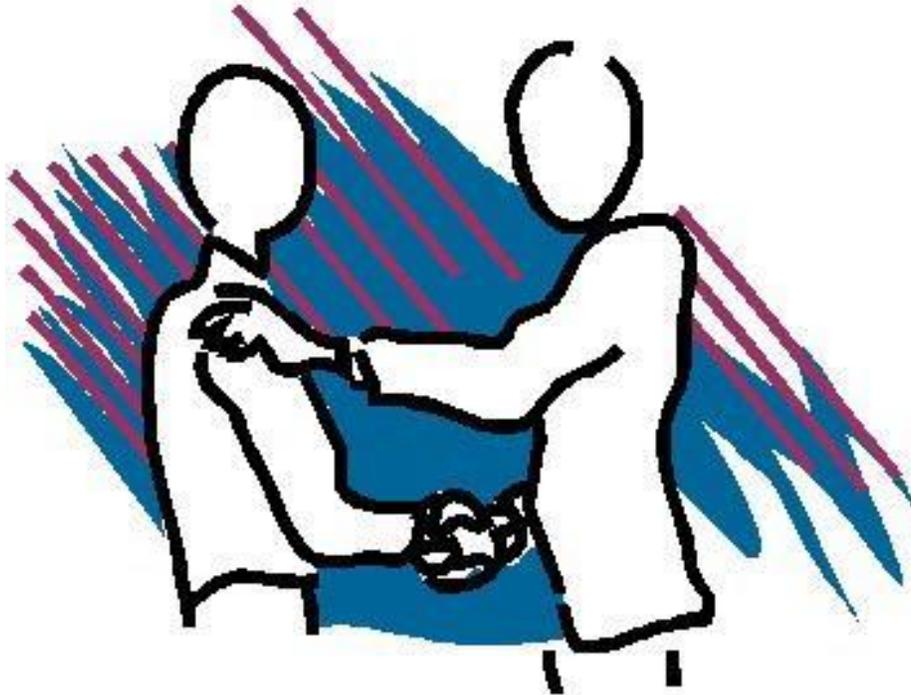
Les parents d'un enfant qui présente des incapacités traverseront ces étapes. L'intensité des émotions reliées aux étapes de deuil est

déterminée par l'importance de la perte pour chacun. Les diverses étapes ne se présentent pas de façon linéaire les unes après les autres. Elles composent plutôt un mouvement de va-et-vient, où le parent passe à l'étape suivante, puis revient en arrière, pour ensuite avancer davantage. Les émotions et les comportements typiques de chaque étape s'entremêlent par moments, donnant l'impression que la personne vit plusieurs étapes à la fois. Ainsi, les caractéristiques de deux étapes peuvent se chevaucher.

PARTIE DI

LES HABILITÉS

SOCIALES



<http://pascal.paysdelaloire.e-lyco.fr/vivre-au-lycee/aide-sociale>

Les habiletés sociales sont indispensables dans notre société. Imaginez une personne qui est assise à côté de vous dans l'autobus ou au restaurant. Cette personne s'assoit sur vous, pige dans votre assiette, se mêle à votre conversation, etc. Il y a de fortes chances pour que vous lui disiez votre façon de penser. Mais si cette personne a une déficience intellectuelle, diriez-vous la même chose ? Probablement que non. Notre société est souvent plus tolérante à l'égard des personnes ayant une déficience intellectuelle. En soi, cela est une bonne chose, mais il ne faut pas, en raison de la déficience intellectuelle, tout lui permettre. Il faut absolument que la personne ayant une déficience intellectuelle développe ses habiletés sociales si on veut parler d'intégration sociale. On parle d'intégration sociale lorsqu'on retrouve les trois aspects suivants :

- aspect physique : partager les mêmes lieux ;
- aspect fonctionnel : partager les mêmes services, équipements, etc.;
- aspect communautaire : avoir des relations variées, avoir un statut civique.

Donc, pour avoir accès à l'intégration sociale, la personne déficiente doit développer ses habiletés sociales. Imaginez maintenant une personne qui s'excuse si elle vous bouscule par inadvertance, qui dit merci lorsqu'elle reçoit son repas au restaurant, qui se lave les mains après avoir été à la salle de bain, qui mange la bouche fermée, qui fait la file au cinéma sans être « dans vos culottes », cette personne déficiente ou non sera sûrement plus intégrée dans notre société.

Il est évident que pour une personne ayant une déficience intellectuelle le processus d'acquisition des habiletés sociales nécessite de la part des

parents et des intervenants beaucoup plus de rigueur et d'encadrement. Naturellement ces acquisitions doivent se faire dès le tout jeune âge.

LES INTERVENTIONS POUR LES HABILITÉS SOCIALES

En voici quelques-unes pour travailler les habiletés sociales :

- avoir soi-même des habiletés sociales adéquates;
- offrir beaucoup d'occasions de mettre en pratique les habiletés que l'on veut développer;
- appliquer les mêmes règlements (si on vide son sac d'école avant d'aller aux jeux libres, l'enfant ayant une déficience le fera aussi);
- appliquer les mêmes conséquences (si on retire un enfant qui a frappé un autre enfant, on le fera aussi avec l'enfant qui a une déficience);
 - Il est important de mentionner que de façon générale le temps de retrait d'un enfant correspond à son âge.
 - Il faut aussi appliquer les conséquences naturelles immédiatement et non le lendemain si on veut que l'enfant fasse le lien.
 - Être constant dans l'application des conséquences.
- définir les balises de ce qui est bien et ce qui est mal;
- démontrer beaucoup de fermeté au début des apprentissages, même si cela peut paraître « militaire » (par la suite on pourra s'assouplir);
- dire non et surtout le maintenir (l'enfant pourrait très vite faire le lien entre faire une crise et obtenir ce qu'il veut).

PARTIE DI

LA VIE AFFECTIVE, AMOUREUSE ET SEXUELLE



<http://www.estellemazy.com/vie-affective-et-sexuelle.php>

Tout comme les habiletés sociales qui sont indispensables pour vivre en société, la vie affective, amoureuse et sexuelle sont tout aussi indispensables à l'épanouissement de la personne ayant une déficience intellectuelle.

Le degré de déficience influence l'aspect affectif d'une personne, mais moins que l'aspect cognitif. En fait une personne ayant une déficience intellectuelle est plus près de l'âge chronologique d'une personne <normale> du côté affectif que du côté cognitif. Il est donc essentiel, pour un intervenant, de savoir que la voie de l'affectivité est beaucoup plus efficace que la voie de la logique et du rationnel des mots.

Pour la très grande majorité des personnes ayant une déficience intellectuelle, les caractéristiques affectives suivantes sont présentes :

- confiance en soi moindre (qui naît du sentiment d'échec, car elles vivent plus souvent des échecs) ;
- une grande majorité des personnes ayant une déficience intellectuelle comprennent bien leurs limites et sont en mesure d'identifier leurs différences par rapport aux autres ;
- motivation à apprendre moindre (la motivation qui est moindre est due aux échecs) ;
- le degré de développement de l'intelligence joue sur l'affectivité (plus la déficience est importante, plus c'est le côté affectif qui prend le dessus) ;
- la personne fonctionne plus par l'émotion que par la raison.

Le fait que le côté affectif d'une personne ayant une déficience intellectuelle soit relativement développé ne fait pas en sorte qu'il soit facile pour elle de se faire des amis. Effectivement pour avoir des amis, il faut avoir des occasions, ne pas être trop gêné, avoir des affinités avec les autres, etc. Ces éléments peuvent expliquer que pour une personne ayant une déficience intellectuelle, il est difficile d'avoir des relations amicales et encore plus des relations amoureuses.

Pouvez-vous imaginer ne jamais recevoir de caresses, ne jamais être embrassé, ne jamais entendre ou dire des mots doux, ne jamais faire l'amour ? La réponse est sûrement non. C'est la même chose pour une personne ayant une déficience intellectuelle. La sexualité est une des facettes d'une vie bien remplie, au même titre que le travail ou les loisirs.

On accepte de plus en plus que les personnes ayant une déficience intellectuelle aient une vie amoureuse, mais le côté sexuel demeure encore aujourd'hui quelque chose de tabou. Oui elles peuvent être amoureuses, mais de là à avoir une vie sexuelle active, c'est une autre histoire. Ce n'est pas seulement parce que nous croyons que la personne ne devrait pas avoir de relations sexuelles, que les parents et les intervenants parlent peu de sexualité à la personne, c'est aussi la crainte d'abus sexuels. Selon une étude réalisée au Canada sur les cas d'agressions physiques et sexuelles chez les personnes atteintes de déficience intellectuelle, le Québec n'est pas épargné par ce fléau. Dans toutes les études, la proportion de victimes d'agression atteint environ 50%. Le tiers des victimes sont des hommes. M. Germain Couture, chercheur à l'institut universitaire en déficience intellectuelle et trouble

du spectre de l'autisme du CIUSSS de la Mauricie et du Centre du Québec a fait l'analyse des rares études faites aux États-Unis, en Irlande, en Australie et au Royaume Uni et constate que le problème est généralisé. Une enquête menée dans le Centre-du-Québec en 2011 auprès de 21 victimes a permis de révéler que 40% des agressions ont été commises par des personnes devant aider ces personnes (employé, bénévole, accompagnateur, chauffeur...), 30% par un membre de la famille ou de l'entourage et 20% par d'autres patients. Donc dans un très fort pourcentage, les agressions sont perpétrées par des gens que la personne déficiente intellectuelle connaît⁵.

Comme intervenants nous devons avoir de l'ouverture face à la vie amoureuse et sexuelle de la personne ayant une déficience intellectuelle. On ne peut plus avoir une attitude répressive, c'est-à-dire empêcher les comportements sexuels de la personne ni même une attitude attentiste, attendre que la personne elle-même nous pose des questions. Nous devons développer une attitude éducative. La sexualité doit être enseignée au même titre que le français, les habiletés sociales, les activités de la vie domestique et quotidienne.

On peut trouver tout à fait correct, voire amusant ou mignon, qu'un enfant ayant une déficience intellectuelle fasse des câlins à tout le monde, toutefois on n'aide en rien sa future sexualité. Comment lui expliquer que maintenant qu'il est adolescent, il ne peut plus faire des câlins comme bon lui semble. Nous devons dès l'enfance, naturellement avec l'aide des parents, avoir une attitude éducative face aux relations amicales tout comme face à la sexualité.

⁵ <https://www.ledevoir.com/societe/455964/agression-sexuelle> page consultée le 2 août 2018

La plupart des grands centres travaillant auprès de la clientèle ayant une déficience intellectuelle ont des politiques ou lignes directrices concernant la vie amoureuse et sexuelle. En 2015 l'IUSMM (institut universitaire en santé mentale de Montréal) publiait : *les lignes directrices en matière de sexualité pour les personnes présentant une déficience intellectuelle (DI) ou une di et un trouble du spectre de l'autisme (TSA)*. Le CRDI de Québec (maintenant intégré dans le CIUSSS (centre intégré universitaire de santé et de services sociaux)) en 2004 publiait sa politique en matière de vie affective, amoureuse et sexuelle. L'AIS (association pour l'intégration sociale) offre, elle aussi, plusieurs publications concernant l'éducation sexuelle pour les personnes présentant une déficience intellectuelle.

LES INTERVENTIONS POUR LA VIE AFFECTIVE, AMOUREUSE ET SEXUELLE

Vie affective

- Adapter l'apprentissage pour rendre les défis raisonnables (afin d'éviter les échecs).
- Faire vivre la réussite, adapter les exigences.
- Favoriser des activités selon l'âge chronologique.
- Valoriser tous les petits succès.
- Créer un lien affectif, sécurisant.
- Reconnaître que c'est une personne d'abord et avant tout (ne pas axer uniquement sur sa déficience).
- Lui signifier qu'on apprécie sa personne telle qu'elle est.
- Reconnaître sa douleur, sa peine et surtout ne pas minimiser la situation.
- Favoriser l'implication de la personne avant, pendant et après l'activité ou l'apprentissage.
- Favoriser l'initiative.
- Comprendre que la façon dont la personne exprime ses émotions peut être différente de la nôtre (souvent elle ne porte pas de masque).
- Proposer des activités où elle sera valorisée pour compenser les situations où elle se perçoit de façon négative.
- Proposer des tâches signifiantes ayant des retombées utiles et fonctionnelles.
- Encourager constamment en utilisant les systèmes de motivation.

Vie amoureuse et sexuelle

Il existe plusieurs programmes ou trousseaux aidant l'intervenant à intervenir avec la personne sur les aspects amoureux et sexuels.

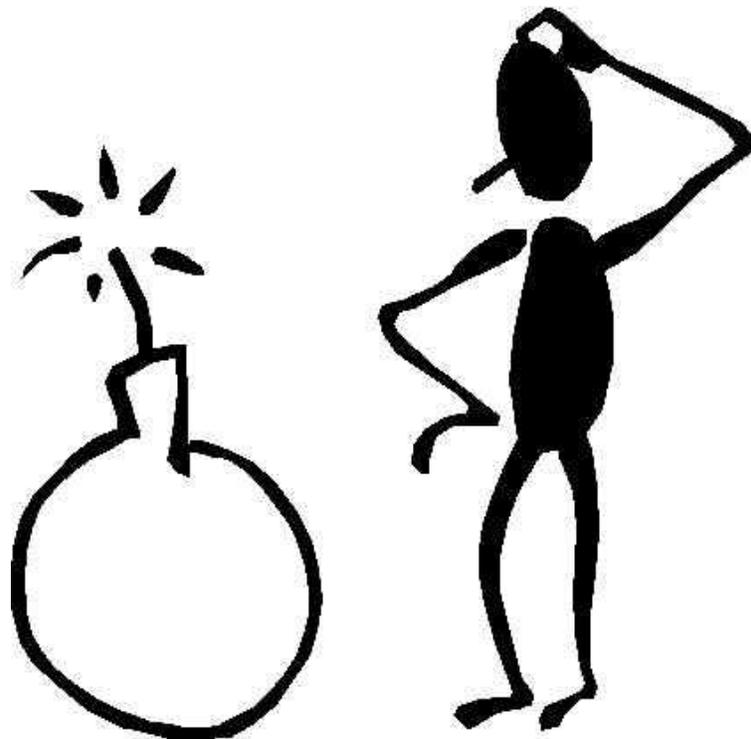
- PÉVAAS (programme d'éducation à la vie affective, amoureuse et sexuelle) :

Contenu du programme

- Identité sexuelle
 - Estime de soi
 - Les émotions
 - L'anatomie et la physiologie
 - La fécondation, la grossesse et l'accouchement
 - La contraception, la stérilisation et l'avortement
 - Les relations amicales
 - Les relations amoureuses
 - Les relations sexuelles
 - La masturbation
 - L'orientation sexuelle
 - Les droits
 - Les normes sociosexuelles
 - Les ITSS et le VIH, sida
 - La prévention de l'agression sexuelle
 - L'examen gynécologique et urologique
- Le PARI (programme d'apprentissage des relations interpersonnelles)
 - Programme de développement psychosexuel
 - La sexualité et l'adulte
 - L'ÉCARS (évaluation des connaissances et des attitudes relatives à la sexualité)
 - Etc.

PARTIE DI

LE COMPORTEMENT



<http://www.devoir-de-philosophie.com/dissertation-quoi-reconnait-probleme-philosophique-4035.html>

LES TROUBLES DU COMPORTEMENT ET LES TROUBLES GRAVES DU COMPORTEMENT

Les difficultés sur le plan comportemental, lorsqu'elles sont présentes, viennent compliquer l'intégration de la personne et diminuer sa qualité de vie, tout en ne rendant pas la tâche facile aux parents et intervenants. Les personnes qui ont une déficience intellectuelle n'ont pas toutes des troubles du comportement. La grande majorité n'aura aucune difficulté à ce niveau ou présentera des difficultés mineures, comme l'entêtement et le refus d'obtempérer à une demande.

Un comportement est habituellement considéré comme problématique et nécessitant une intervention si :

1. il met en danger la personne ou autrui ;
2. il est nuisible au bien-être physique et psychologique de la personne ou de son entourage ;
3. il se situe en dehors des limites culturelles acceptables et dépasse les normes sociales par sa fréquence, son intensité, sa durée ou son manque de discernement ;
4. il interfère avec le développement de la personne et ses possibilités d'acquérir de nouvelles habiletés.

Voici la définition retenue à 90% de ce qu'est **le trouble du comportement (TC)**

- Action ou ensemble d'actions qui est jugé problématique parce qu'il s'écarte des normes sociales, culturelles ou développementales et qui est préjudiciable à la personne ou à son environnement social ou physique.

Maintenant voici la définition (retenue à 96%), des mêmes auteurs, de ce qu'est un **trouble grave du comportement (TGC)**

- Le trouble grave du comportement se caractérise par une série de manifestations comportementales graves qui surviennent au cours d'une situation clinique ou d'une réadaptation complexe. Ces manifestations comportementales mettent en danger, réellement ou potentiellement la santé (physique ou mentale), la sécurité ou la propriété de l'utilisateur ou d'autrui.

Ces manifestations comportementales graves ont des causes multiples et sont souvent associées à des comorbidités (c'est-à-dire des troubles concomitants). Elles doivent être survenues récemment, soit au cours des 90 derniers jours.

Ces manifestations comportementales graves persistent et entraînent des préjudices psychosociaux majeurs pour l'utilisateur ou son entourage, ainsi que de graves inadaptations sociales qui peuvent s'être accumulées au cours de la dernière année.

Enfin, dans le cas d'un TGC, le processus de réadaptation de l'utilisateur est perturbé, c'est-à-dire que l'utilisateur ne répond pas aux interventions ou aux traitements habituels reconnus ou que la réadaptation échoue, parce que l'utilisateur refuse les services ou parce que les services sont limités et ne permettent pas d'offrir les interventions appropriées.

Lorsque l'on parle de troubles du comportement, on fait souvent référence à des comportements agressifs pour la personne ou pour autrui. Par contre, il ne faudrait pas oublier les autres formes de troubles du comportement.

- **Comportements stéréotypés**

Sont définis comme des comportements répétitifs, volontaires et souvent idiosyncrasiques considérés comme étranges ou bizarres.

- **Pica**

Se définit comme un trouble du comportement alimentaire caractérisé par l'ingestion répétée de substances non nutritives. La personne souffrant de pica peut manger des produits non alimentaires tels que ficelle, tissu, papier, mégots, poussière, feuilles, brindilles, selles et vomissures. On retrouve plusieurs pour décrire plus précisément les différents types de pica : coprophagie (ingestion de selles), trichophagie (ingestion de cheveux), lithophagie (ingestion de pierres), amylophagie (ingestion de feuillages), pagophagie (ingestion de glace), acuphagie (ingestion d'objets tranchants), etc.

- **Rumination**

La rumination, ou mérycisme est habituellement défini, comme le fait de régurgiter de façon délibérée ou de faire remonter dans la bouche de la nourriture ingérée.

- **L'automutilation**

L'automutilation ou l'autoagressivité est définie comme un comportement dirigé vers soi qui entraîne des lésions immédiates ou de façon cumulative. Il peut s'agir de coups répétés que se donnent les personnes elles-mêmes à divers endroits du corps : gifles, coups de poings ou griffures diverses, enfoncement des doigts dans les cavités oculaires, certains s'arrachent les cheveux ou les oreilles, d'autres encore se mordent, parfois jusqu'au sang. L'utilisation d'objets peut aggraver le comportement, entre autres par la pénétration des divers orifices du corps : bouche, narines, oreilles, anus.

Dans d'autres cas, ils se projettent ou projettent leur tête ou un de leurs membres contre des objets situés dans leur environnement : les murs, les meubles, les portes et fenêtres. Les résultats de ces comportements peuvent aller de simples rougeurs de peau ou autres hématomes à des plaies allant jusqu'à des fractures ouvertes.⁶

L'automutilation est une des formes de trouble grave du comportement les plus fréquentes et destructrices chez les personnes ayant une DI ou un TSA. Compte tenu du caractère important du comportement d'automutilation, nous verrons plus précisément, dans la section interventions, les hypothèses qui peuvent expliquer le pourquoi et surtout comment intervenir auprès des personnes qui présentent ces types de comportements.

⁶ Auto agressivité [en ligne] <http://pagesperso-orange.fr/gilles.trehin.urville/autoagressivite.htm> page consultée le 4 janvier 2017

LES INTERVENTIONS POUR L'AUTOMUTILATION

On remarque que plus la déficience intellectuelle est sévère plus les comportements d'automutilation sont fréquents et intenses.

Il existe plusieurs hypothèses qui nous aident à comprendre la raison de l'automutilation. En effet, il est très difficile de comprendre pourquoi une personne adulte ayant une déficience intellectuelle sévère se frappe la tête contre un mur. Pourquoi une autre se donne des coups de genou sur le nez? Voici donc les principales hypothèses qui expliquent l'automutilation :

1. Facteurs médicaux

- Certains syndromes spécifiques (Lesch-Nyhan, Cornélia de Lange)
- Otites chroniques
- Crises d'épilepsie
- Anomalies sensorielles (absence de douleur)
- Douleurs physiques (maux de ventre, d'estomac, etc.)
- Faim, soif, manque de sommeil
- Etc.

2. Facteurs environnementaux et/ou comportementaux

- Niveau de stimulation insuffisant de l'environnement (ennui)
- Niveau de stimulation trop stimulant de l'environnement (retrait)
- Obtention d'attention de la part de l'entourage
- Etc.

3. Facteurs développementaux

- Stimulation vestibulaire
- Pauvres habiletés communicationnelles (pas ou peu de langage)
- Comportement appris
- Etc.

4. Facteurs psychologiques

- Situation de stress et/ou imprévisible (surtout chez les personnes TSA)
- Grande tristesse
- Etc.

En raison des nombreuses hypothèses expliquant les comportements d'automutilation, les interventions à faire sont souvent complexes. Il s'agit plus de principes d'intervention que d'interventions directes.

☞ Analyses comportementales

☞ Prise en charge précoce des comportements

☞ Référence à un médecin (surtout si les facteurs sont d'ordres médicaux)

☞ Utilisation d'une approche non aversive (approche positive)

- Apprentissage d'un comportement alternatif
- Augmentation de la communication (verbale, visuelle, gestuelle)
- Renforcement, extinction, contrôle du stimulus
- Accès à des objets stimulants ou à des situations agréables

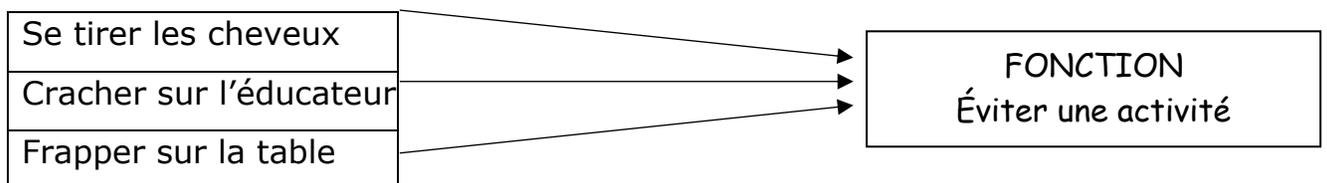
LES FONCTIONS DU COMPORTEMENT

La fonction des comportements problématiques est centrale dans la compréhension de ceux-ci. Le terme « fonction » constitue une forme de résultante entre les éléments personnels et environnementaux en place avant l'apparition du comportement et qui en favorisent l'apparition ainsi que les événements qui le suivent et qui, s'ils présentent un caractère perçu comme positif ou bénéfique pour la personne concernée, rendront l'apparition du comportement plus probable à l'avenir. En terme plus simple à quoi ce comportement problématique peut-il lui servir ?

Deux principales fonctions :

1. **Obtenir** des événements désirés
2. **Éviter** des événements non désirés

Il est fréquent qu'un comportement problématique corresponde simultanément aux deux fonctions. Par exemple le comportement : « cracher dans le visage de l'intervenant » provoque l'arrêt de l'activité en cours (éviter l'activité) et l'intervention de l'éducateur (obtenir de l'attention). Il est aussi fréquent que plusieurs comportements problématiques soient liés à une seule fonction, comme dans l'exemple qui suit.



L'ANALYSE FONCTIONNELLE D'UN COMPORTEMENT

Afin de comprendre la raison pour laquelle des comportements problématiques sont présents ou apparaissent, la nature même (la topographie, la durée, la fréquence) du comportement est bien moins importante, voire dans certains cas inutile, si ces différentes composantes ne sont pas mises en rapport avec les éléments du contexte (lieu d'apparition, moment d'apparition, réponse de l'environnement...). Dans la grande majorité des cas, un comportement problématique ne porte pas en lui-même sa signification.

Il est évident que l'on doit connaître la fonction du comportement afin d'intervenir. Comment fait-on pour la connaître cette (ou ces) fameuse fonction ? La réponse est simple et complexe à la fois, il faut tout simplement faire l'analyse fonctionnelle du comportement. Elle nous permettra de déterminer à quoi sert le comportement pour la personne (fonction), et par quel (s) facteur (s) il est maintenu (conditions de renforcement).

Avant même de faire l'analyse fonctionnelle du comportement, il faut rendre le comportement opérationnel, **c'est-à-dire le rendre observable et mesurable**. Pour rendre un comportement opérationnel, on doit se poser quelques questions.

Exemples :

- Peut-on le mesurer en temps (durant 10 minutes), en fréquence (trois fois à l'heure) ?
- Peut-on le décrire pour qu'un remplaçant observe le même comportement que vous ?
- Peut-on décomposer le comportement ?

L'importance de ces questions n'est pas à prouver, car on parle plus souvent de catégories de comportement que de comportement. Il est donc beaucoup plus facile de travailler à la modification d'un comportement problématique avec une définition opérationnelle.

Agression = catégorie

Frapper l'intervenant au visage = comportement décrit de façon opérationnelle

Mais là non plus, rien n'est aussi simple, car les comportements problématiques ne sont pas toujours isolés (séparés de plusieurs minutes). Ils apparaissent souvent dans une séquence prévisible (crier, puis jeter son assiette par terre, puis frapper le voisin de table et finalement se mordre l'avant-bras). Connaître ces séquences ou chaînes est important pour deux aspects.

1. Les comportements ne seront pas traités isolément.
2. Dans le cadre de l'intervention, on tentera de mettre en place une rupture de cette chaîne dans les premiers éléments de la séquence afin de ne pas aboutir aux comportements les plus sévères.

Une fois que le comportement est défini ou que l'on choisit lequel des comportements on travaille dans la chaîne, on peut commencer à faire l'analyse fonctionnelle.

Voici les principales étapes :

1. comportement problématique décrit de façon opérationnelle ;
2. analyse topographique du comportement problématique : fréquence, lieu, quand, avec qui, pendant quoi, vers qui ou quoi, depuis quand... et dans quel contexte il apparaît ;
3. les antécédents : que se passe-t-il avant que le comportement apparaisse ;
4. les conséquents : qu'arrive-t-il après le comportement ;
5. à quelle fonction le comportement répond-il, qu'est-ce que la personne tente de nous faire savoir, que veut-elle obtenir ou éviter ;
6. variables personnelles : santé physique, mentale, degré de déficience, qualité de vie, événements perturbateurs récents, etc.

LES INTERVENTIONS POUR L'ANALYSE FONCTIONNELLE

Une fois que l'analyse fonctionnelle est faite, on passe à l'intervention. Il est important de savoir que cela peut prendre des semaines, des mois, voire même des années avant d'avoir une compréhension exacte. Cela ne veut pas dire pour autant que l'on ne fait rien en attendant.

Événements contextuels :

- minimiser, éliminer ou neutraliser l'événement ;
- ajouter plus d'aide ou d'indices pour les comportements positifs ;
- augmenter temporairement la puissance des renforçateurs ;
- promouvoir les interactions positives.

Antécédents :

- éliminer ou minimiser les antécédents immédiats ;
- modifier les contenus des antécédents immédiats
- modifier la façon dont les contenus et les consignes sont donnés
- aménager l'environnement physique;
- favoriser la prévisibilité.

Comportement :

- développer les compétences de communication et de relations sociales;
- développer les compétences d'autonomie;
- différencier le renforcement;
- compter sur l'efficacité de la réponse;
- améliorer la tolérance au délai.

Conséquents

- extinction;
- renforcement non contingent;

- construction d'un climat propice;
- redirection.

On retrouve aussi d'autres formes d'intervention, ici on parle :

- **d'intervention de contrôle** (contention, maintien physique, isolement) : à faire uniquement en situation de dangerosité, le faire de façon la moins contraignante possible et cesser dès que la situation n'est plus dangereuse ;
- **d'intervention de gérance** : modification des antécédents et des conséquents ;
- **d'intervention de traitement** : cherche à modifier de façon définitive ou réduire considérablement le comportement problématique. On cherche à augmenter la qualité de vie de la personne. L'intervention de gérance et l'intervention de traitement vont toujours ensemble.

Puisque l'analyse fonctionnelle peut-être longue à faire, voici un petit tableau qui aide à la gestion de crise.

Phases de la crise	Stratégies
Antécédents prédicateurs	<ul style="list-style-type: none"> * Enlever le prédicateur (ou la personne) * Considérer le comportement comme acte de communication * Distraire * Apprendre à gérer le stress
Ascension	<ul style="list-style-type: none"> * Rappel de renforçateurs * Rappel des règles * Alternative 1 : opportunités pour calmer (routines, rappels des règles) * Redémarrer la demande * Alternative 2 : changer d'orientation (tenter de courtes demandes et suivre la personne) * Calmer les choses
Explosion	<ul style="list-style-type: none"> * Vider l'environnement * Faire sortir la personne * Recherche de l'aide * Intervention physique si nécessaire
Retour au calme	<ul style="list-style-type: none"> * Donne de l'espace * Revenir à la normale * Refaire la demande * En rire (le faire avec jugement) * Faire attention à soi-même

PARTIE TSA

L'ÉVOLUTION DU DIAGNOSTIC



www.strasbourg-montagneverte.fr/pages/presentation-du-site/historique-du-site.html

Contrairement à la déficience intellectuelle, l'historique des TSA est beaucoup moins détaillé. On peut penser que la raison est en lien avec le fait que plusieurs personnes ayant un TSA ne présentent pas ou peu de caractéristiques physiques particulières. Elles étaient donc souvent « diagnostiquées » comme ayant une maladie mentale ou une déficience intellectuelle.

Voici donc un bref historique :

➤ XXIème siècle

- Autisme est un mot créé à partir de la racine grecque « autos » qui signifie « soi-même ». Il a été utilisé pour la première fois en 1911 dans le livre « Démences précoces ou groupe des schizophrénies » écrit par un psychiatre suisse, Eugen Bleuler, qui s'en sert pour décrire un symptôme chez des patients atteints de schizophrénie.
- Suite à l'observation des comportements de 11 enfants, Léo Kanner propose en 1943 la première définition moderne de l'autisme : « L'autisme est une incapacité innée à établir le contact affectif habituel avec les personnes, biologiquement prévues, exactement comme d'autres enfants viennent au monde avec des handicaps physiques ou intellectuels ».
- En 1944, un psychiatre autrichien, Hans Asperger, écrit un article sur quatre jeunes gens présentant tous les mêmes symptômes, soit « un manque d'empathie, une faible capacité à se faire des amis, une conversation unidirectionnelle, une forte préoccupation vers des intérêts spéciaux, et des

mouvements maladroits ». Il appelle ce syndrome « psychopathie autistique ».

- Lorna Wing, psychiatre britannique, fut la première personne à utiliser le terme « syndrome d'Asperger », dans un article rédigé en 1981. Elle y révèle que le trouble décrit par Asperger pourrait bien être une variante de celui décrit par Kanner.
- Dans les années 1960, Bruno Bettelheim avait une théorie psychanalytique sur l'autisme. Il disait que l'enfant autiste le devenait à cause de la mère. Il parlait de la « mère-réfrigérateur ». La mère étant incapable d'entrer en relation émotionnelle avec son enfant, celui-ci se renfermait sur lui-même et devenait « une forteresse vide » (titre d'un livre qu'il a publié en 1967). Donc, les interventions préconisées étaient de séparer l'enfant de la mère.
- Depuis le début des années 2000, on travaille de plus en plus avec un nouveau modèle. Ce modèle, typiquement québécois parle davantage du fonctionnement interne chez l'autiste. Cette façon de voir l'autisme a mené deux femmes (qui sont maintenant des références dans le monde de l'autisme) à développer le modèle SACCADE. Les fondatrices de cette approche sont Brigitte Harrisson et Lise St-Charles. Il est important de mentionner que Mme Harrisson est elle-même autiste de niveau 1.

L'évolution du diagnostic dans le DSM

- La première édition du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM I) a été publiée en 1957. L'approche scientifique en médecine nécessitant la création de catégories, de taxonomies, et de diagnostics reposant sur des modèles statistiquement validés. La classification permet également à ses utilisateurs d'adopter un langage commun, permettant une meilleure collaboration et compréhension entre eux. Dans les versions I (1957) et II (1968) qui sont sous influence psychanalytique, l'autisme est catégorisé dans les psychoses.
- En 1980, le DSM III abandonne le courant psychanalytique pour se baser sur le biomédical. Dans cette version, l'autisme entre dans les Troubles Envahissants du Développement et n'est donc plus considéré comme une psychose infantile. Les critères diagnostic ont peu changé depuis. Le syndrome d'Asperger entre également dans la catégorie des troubles envahissants du développement.
- Dans le DSM-IV, publié en 2000, il n'y avait pas de changement au niveau des TED.
- La dernière version du DSM, le DSM-5 est maintenant publié. Cette version amène des modifications dans l'appellation du trouble ainsi que dans le regroupement des difficultés liées au TSA.

PARTIE TSA

LES CAUSES



www.inserm.fr/actualites/rubriques/actualites-recherche/l-autisme-grande-cause-nationale-2012

On ne connaît pas encore la ou les causes des TSA. Cependant, il y a eu plusieurs pistes expliquant les TSA au fil des années. Voici les principales pistes. Elles sont tirées du site de la fédération québécoise de l'autisme (www.autisme.qc.ca/tsa/recherche/etiologie.html) et elle a été mise à jour en mai 2019.

Sous fond d'origine multifactorielle, il se dégage trois approches scientifiques associées au déclenchement de l'autisme :

- **L'approche génétique** selon laquelle la prédisposition génétique semble évidente. En 1999 la fédération québécoise de l'autisme recensait 1 publication et en 2015 elle en recensait plus d'une douzaine. On retrouve entre autres les publications suivantes :
 - Découverte d'une pièce manquante dans le puzzle des troubles autistiques
 - **Les jeunes pères engendrent-ils plus d'enfants malades ?**
 - **Un lien génétique partagé entre autistes et prodiges**

- **L'approche neurobiologique** selon laquelle le trouble origine du système nerveux central. Là aussi les publications se sont multipliées au fil des années, passant d'une publication en 1999 et de 8 en 2014. On retrouve entre autres les publications suivantes :
 - **L'autisme fortement lié à l'hypertension artérielle**
 - **Autisme : un excès de synapses qui pourrait être réversible**

- **L'approche environnementale** selon laquelle l'autisme découle d'une agression précoce provenant de facteurs environnementaux (pollution, agents infectieux, métaux lourds, etc.). Comme pour les 2 autres approches causant l'autisme, la fédération a là aussi recensé les principales publications. Voici quelques exemples :
 - **Les causes de l'autisme ne seraient pas uniquement génétiques**
 - **Autisme : Déclencher l'accouchement augmente-t-il le risque ?**

PARTIE TSA

LES CRITÈRES DIAGNOSTIQUES



<http://wellnessproposals.com/wellness-articles/definition-of-wellness/>

SELON LE DSM-5

Voici les critères diagnostiques du trouble de spectre de l'autisme.

A. Déficits persistants de la communication et des interactions sociales observées dans des contextes variés. Ceux-ci peuvent se manifester par les éléments suivants, soit au cours de la période actuelle, soit dans les antécédents. (3/3)

1. Déficits de la réciprocité sociale ou émotionnelle allant, par exemple, d'anomalies de l'approche sociale et d'une incapacité à la conversation bidirectionnelle normale, à des difficultés à partager les intérêts, les émotions et les affects, jusqu'à une incapacité d'initier des interactions sociales ou d'y répondre.
2. Déficits des comportements de communication non verbaux utilisés au cours des interactions sociales, allant, par exemple, d'une intégration défectueuse entre la communication verbale et non verbale, à des anomalies du contact visuel et du langage du corps, à déficits dans la compréhension et l'utilisation des gestes, jusqu'à une absence totale d'expressions faciales et de communication non verbale.
3. Déficits du développement, du maintien et de la compréhension des relations, allant, par exemple, de difficultés à ajuster le comportement à des contextes sociaux variés, à des difficultés à partager des jeux imaginatifs ou à se faire des amis, jusqu'à l'absence d'intérêt pour les pairs.

B. Caractère restreint et répétitif des comportements, des intérêts ou des activités, comme en témoignent au moins deux des éléments suivants soit au cours de la période actuelle soit dans les antécédents. (2/4)

1. Caractère stéréotypé ou répétitif des mouvements, de l'utilisation des objets ou du langage. Par exemple :

- stéréotypies motrices simples;
- activités d'alignement des jouets ou de rotation des objets;
- écholalie;
- phrases idiosyncrasiques.

2. Intolérance au changement, adhésion inflexible à des routines ou à des modes comportementaux verbaux ou non verbaux ritualisés. Par exemple :

- détresse extrême provoquée par des changements mineurs;
- difficulté à gérer les transitions;
- modes de pensée rigides ;
- ritualisation des formules de salutation;
- nécessité de prendre le même chemin ou de manger les mêmes aliments tous les jours.

3. Intérêts extrêmement restreints et fixes, anormaux soit dans leur intensité, soit dans leur but. Par exemple :

- attachement à des objets insolites ou préoccupations à propos de ce type d'objets;
- Intérêt excessivement circonscrit ou persévérant.

4. Hyper ou hyporéactivité aux stimulations sensorielles ou intérêt inhabituel pour les aspects sensoriels de l'environnement. Par exemple :

- indifférence apparente à la douleur ou à la température ;
- réactions négatives à des sons ou à des textures spécifiques ;
- actions de flairer ou de toucher excessivement les objets;
- fascination visuelle pour les lumières ou les mouvements.

La sévérité repose sur l'importance des déficits de la communication sociale et des modes comportementaux restreints et répétitifs. (Voir niveau de sévérité)

C. Les symptômes doivent être présents dès les étapes précoces du développement (mais ils ne sont pas nécessairement pleinement manifestes avant que les demandes sociales n'excèdent les capacités limitées de la personne, ou ils peuvent être masqués plus tard dans la vie par des stratégies apprises).

D. Les symptômes occasionnent un retentissement cliniquement significatif en termes de fonctionnement actuel social, scolaire/professionnel ou dans d'autres domaines importants.

E. Ces troubles ne sont pas mieux expliqués par un handicap intellectuel (trouble du développement intellectuel) ou un retard global du développement. La déficience intellectuelle et le trouble du spectre de l'autisme sont fréquemment associés.

Pour permettre un diagnostic de comorbidité entre un trouble du spectre de l'autisme et un handicap intellectuel, l'altération de la communication sociale doit être supérieure à ce qui serait attendu pour le niveau de développement général.

NIVEAU DE SÉVÉRITÉ

Toujours selon de DSM-5, le trouble du spectre de l'autisme se classifie selon des niveaux de sévérité.

Niveau 3 = Nécessitant une aide très importante

Communication sociale :

Déficits graves des compétences de communication verbale et non verbale responsable d'un retentissement sévère sur le fonctionnement ; limitation très sévère de la capacité d'initier des relations, et réponse minime aux initiatives sociales émanant d'autrui. Par exemple, un sujet n'utilisant que quelques mots intelligibles et qui initie rarement ou de façon inhabituelle les interactions, surtout pour répondre à des besoins, et qui ne répond qu'à des approches sociales très directes.

Comportements restreints, répétitifs :

Comportement inflexible, difficulté extrême à faire face au changement, ou autres comportements restreints ou répétitifs interférents de façon marquée avec l'ensemble des domaines. Détresse importante/difficulté à faire varier l'objet de l'attention ou de l'action.

Niveau 2 = Nécessitant une aide importante

Communication sociale :

Déficits marqués des compétences de communication verbale et non verbale; retentissant social apparent en dépit des aides apportées; capacité limitée à initier des relations et réponde réduite ou anormale aux initiatives sociales émanant d'autrui. Par exemple, un sujet utilisant des phrases simples, dont les interactions sont limitées à des intérêts spécifiques et restreints et qui a une communication non verbale nettement bizarre.

Comportements restreints, répétitifs :

Le manque de flexibilité du comportement, la difficulté à tolérer le changement ou d'autres comportements restreints/répétitifs sont assez fréquents pour être évidents pour l'observateur non averti et retentir sur le fonctionnement dans une variété de contextes. Détresse importante/difficulté à faire varier l'objet de l'attention ou de l'action.

Niveau 1 = Nécessitant une aide

Communication sociale :

Sans aide, les déficits de la communication sociale sont source d'un retentissement fonctionnel observable. Difficulté à initier les relations sociales et exemples manifestes de réponses atypiques ou inefficaces en réponse aux initiatives sociales émanant d'autrui. Peut sembler avoir peu d'intérêt pour les interactions sociales. Par exemple, un sujet capable de s'exprimer par des phrases complètes, qui engage la conversation, mais qui ne parvient pas à avoir des échanges sociaux réciproques et dont les tentatives pour se faire des amis sont généralement étranges et inefficaces.

Comportements restreints, répétitifs :

Le manque de flexibilité du comportement a un retentissement significatif sur le fonctionnement dans un ou plusieurs contextes. Difficulté à passer d'une activité à l'autre. Des problèmes d'organisation ou de planification gênent le développement de l'autonomie.

PARTIE TSA

LES SIGNES PRÉCOCES



www.lexpress.fr/styles/enfant/enfant-precoce-comment-le-detecter-comment-aider-un-enfant-surdoue_1759212.html

IMPORTANT

PRIS INDIVIDUELLEMENT CHACUN DE CES SIGNES N'EST PAS UNE CARACTÉRISTIQUE DE L'AUTISME. CE SONT DES SIGNAUX D'ALERTE ET NON UN DIAGNOSTIC OFFICIEL. Tiré du site : autisme.info31.free.fr/wp-content/uploads/signes-precoces-de-lautisme.pdf

0-6 MOIS

COMMUNICATION SOCIALE :

- absence ou rareté du sourire;
- impression d'indifférence au monde sonore;
- anomalies du regard;
 - fugacité;
 - regard vague;
 - périphérique;
- pas de suivi visuel;
- pas de fixation visuelle;
- absence de gestes d'anticipation (tendre les bras lorsque l'on s'approche (vers 6 mois));
- une certaine apathie;
- impression d'anormalité (bébé trop calme ou trop excité);
- absence de babillage;
- peu ou pas de vocalisations.

COMPORTEMENTS RESTREINTS, RÉPÉTITIFS:

- Aucun encore observable.

AUTRES MANIFESTATIONS

- anomalies ou retards moteurs;
- trouble de la motricité;
- anomalie du tonus;
 - bébé mou ou raide;
- trouble du sommeil;
 - dort trop ou pas assez;
- pleurs très fréquents et souvent sans raison apparente.

6-12 MOIS

COMMUNICATION SOCIALE :

- désintérêt pour les personnes;
- ne réponds pas à son prénom;
- intolérance au contact physique;
- impression d'indifférence au monde extérieur;
- peu de réaction à la séparation;
- absence de réactions joyeuses à l'arrivée des parents;
- absence ou faible attention conjointe;
- regard difficile à capter;
- absence de gestes d'anticipation (ne tend pas les bras quand on va le chercher);
- pas d'imitation dans la communication gestuelle (faire coucou, au revoir).

COMPORTEMENTS RESTREINTS, RÉPÉTITIFS:

- sensibilité exacerbée aux modifications de l'environnement;
- réaction paradoxale aux bruits.

AUTRES MANIFESTATIONS :

- trouble de l'alimentation;
- retard moteur.

12-24 MOIS

COMMUNICATION SOCIALE :

- ne pointe pas du doigt;
- semble ignorer les autres et semble préférer l'isolement, la solitude;
- anomalie du jeu;
 - absence de faire semblant et d'imitation sociale;
- absence ou retard de langage (pas de mots-phrases);
- langage limité, sans tentative de communiquer par la mimique ou le geste;
- difficultés de communication réceptive comme expressive;
- impassibilité face aux tentatives de communication;
- absence d'imitation;

COMPORTEMENTS RESTREINTS, RÉPÉTITIFS:

- manipulation étrange des objets;
 - les faire tourner, les aligner, les sentir;
- mouvements inhabituels du corps;
 - balancements;
 - battements rapides des mains;

AUTRES MANIFESTATIONS :

- les mêmes manifestations se poursuivent.

APRÈS 24 MOIS

COMMUNICATION SOCIALE :

- absence d'intérêts pour les autres enfants;
- absence ou pauvreté du jeu;
- langage dont l'objet n'est pas de communiquer ou d'échanger;
- tendance de l'enfant à répéter ce qu'on lui dit (écholalie);
- façon inhabituelle de parler;
 - voix atone;
 - voix arythmique;
 - voix criarde ou chantante;
- inversion pronominale (tu à la place du je).

COMPORTEMENTS RESTREINTS, RÉPÉTITIFS:

- préoccupation persistante pour certaines parties d'objets;
- attachement inhabituel à des objets;
- insistance à poursuivre les actes routiniers strictement et dans le détail;
- inconsolable face au changement même minime dans l'environnement;
- l'enfant utilise la main de l'autre pour attraper des choses « main outils » (traiter les autres comme des objets).

AUTRES MANIFESTATIONS :

- troubles des apprentissages, car handicap cognitif;
- auto ou hétéro agressivité;
- instabilité émotionnelle;
- absence du sens du danger;
- hypo ou hyper sensibilité;
- difficulté dans l'apprentissage de la propreté.

PARTIE TSA

DES PRÉCISIONS



<https://siecledigital.fr/2014/02/26/psychologie-marketing-8-indicateurs-du-comportement-humain/>

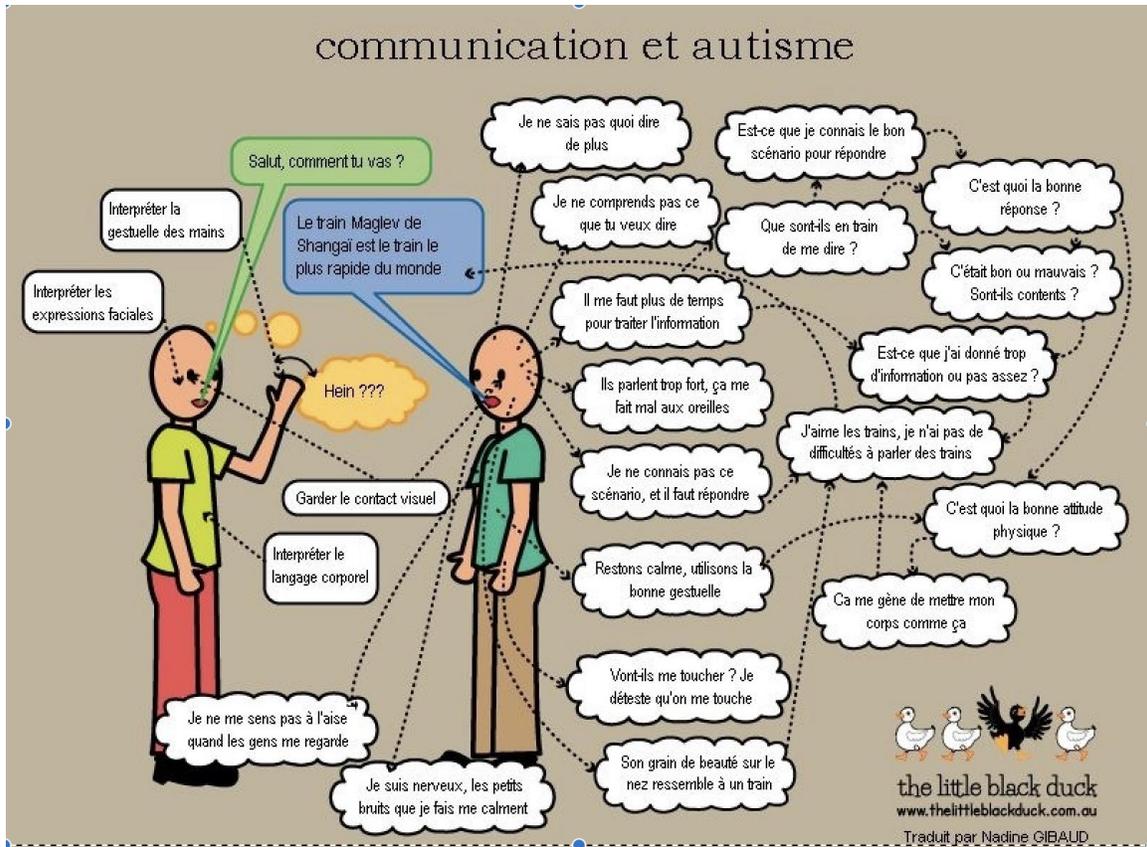
COMMUNICATION SOCIALE

- Le développement du langage et de l'expression orale peut s'amorcer, puis s'arrêter ou se faire très lentement ou encore ne jamais se produire.
- Certaines personnes atteintes d'un TSA préfèrent être seules et elles ne montrent aucun intérêt pour les autres. Elles peuvent même ne nous prêter aucune attention quand on leur parle.
- D'autres ont parfois des façons étranges d'interagir avec les autres. Elles peuvent être très intéressées, mais ne pas savoir comment parler, jouer ou entrer en relation. D'ailleurs, les personnes atteintes d'un TSA ont souvent de la difficulté à « s'intégrer » parce qu'elles ont du mal à « décoder » ou à comprendre les comportements d'autrui. Les adultes qui ont des troubles de la communication vivent beaucoup de stress dans les situations d'interaction sociale.
- Les enfants atteints d'un TSA ont tendance à ne pas interagir avec les jeunes de leur âge. Ils peuvent préférer la compagnie des adultes.
- Certaines personnes atteintes n'établissent aucun contact visuel ou elles réagissent moins au contact visuel. Elles ont tendance à regarder les gens de biais plutôt que directement, car le visage de l'autre contient trop d'informations.
- Elles ne réagissent ni aux sourires ni aux expressions faciales ou elles ne les comprennent pas.

- Certaines personnes atteintes d'un TSA trouvent tout contact physique douloureux ou bouleversant; elles ont donc tendance à se tenir à l'écart de leur famille. Les enfants atteints peuvent refuser de se faire bercer ou cajoler ou accepter seulement certaines caresses.
- Les personnes atteintes ont souvent du mal à parler de leurs sentiments ou à comprendre les sentiments des autres.
- La difficulté des personnes atteintes à contrôler leurs émotions et leur enthousiasme nuit parfois aux interactions sociales.
- Certaines personnes atteintes communiquent par des gestes comme pointer du doigt ou tendre la main au lieu d'utiliser des mots.
- Elles peuvent trouver difficile, voire impossible d'imiter les sons et les mots.
- D'autres font de l'écholalie, c'est-à-dire qu'elles répètent ce qu'elles ont entendu. Par exemple, si vous demandez : « As-tu froid ? », elles diront « As-tu froid ? » au lieu de répondre à la question. Les mots sont répétés tout de suite ou beaucoup plus tard et ensuite sans arrêt. Il arrive que les personnes répètent une phrase entendue depuis longtemps soit à la télévision, dans un film ou lors d'une conversation.
- Les mots peuvent aussi être utilisés dans un sens inhabituel. Par exemple, certaines personnes atteintes d'un TSA confondent le masculin avec le féminin et disent « il » au lieu d'« elle » ou l'inverse. Elles peuvent aussi faire des erreurs dans l'utilisation des pronoms personnels (je, moi, toi).

- Souvent, les personnes atteintes ne comprennent pas les gestes de communication non verbale, comme faire au revoir de la main, ou les expressions faciales.
- Elles peuvent s'exprimer d'une voix monotone et semblent incapables de contrôler le volume des sons produits. Quand elles parlent, elles ont parfois un ton étrange et un rythme inhabituel.
- Certaines personnes atteintes d'un TSA ont beaucoup de difficulté à amorcer et à soutenir une conversation. Elles peuvent se tenir trop près des gens avec lesquels elles parlent. Certaines s'expriment bien et ont beaucoup de vocabulaire, mais elles ont du mal à écouter les autres. Elles peuvent parler longuement des sujets qui les passionnent au lieu d'avoir un échange.

Une image vaut mille mots!



COMPORTEMENTS RESTREINTS, RÉPÉTITIFS

- Les personnes atteintes d'un TSA ont parfois des gestes répétitifs et ritualisés comme tourner, se bercer sans arrêt, fixer du regard, battre des mains, se frapper, etc.
- Elles sont parfois hyperactives ou très passives. Elles manifestent parfois une très forte angoisse ou une absence inhabituelle d'angoisse. Parce qu'elles sont incapables de comprendre le monde qui les entoure, elles ressentent souvent de l'angoisse, de la peur et de la confusion.
- Elles peuvent prendre des risques inhabituels et ne montrer aucune peur des dangers réels.
- Elles ont souvent une posture, une démarche ou des mouvements étranges.
- Certaines personnes atteintes d'un TSA tiennent férocement à des routines et résistent à tout changement pour ne pas avoir de surprises. Même de légers changements dans l'environnement ou dans la routine quotidienne causent parfois une grande détresse. Elles peuvent ainsi avoir de la difficulté à mettre leurs vêtements dans un ordre différent, à se rendre à l'école en suivant un nouveau trajet ou à voir des personnes inconnues.
- Les personnes atteintes peuvent avoir des intérêts restreints et des comportements apparemment bizarres : elles deviennent « obsédées » par une chose, une idée, une activité ou une personne. Elles ont parfois des habitudes et des intérêts inhabituels ou inappropriés socialement.

PARTIE TSA

LES PERCEPTIONS

SENSORIELLES



lesommetdelaliberte.com/veiller-5-sens

Toutes les personnes (ou presque) ayant un TSA vivent des difficultés de perceptions sensorielles. On dit qu'elles ont un trouble du processus sensoriel. Le processus sensoriel est la capacité du système nerveux à détecter, organiser et répondre à l'information sensorielle. L'information sensorielle, comme son nom l'indique, provient de nos sens. Les voici :

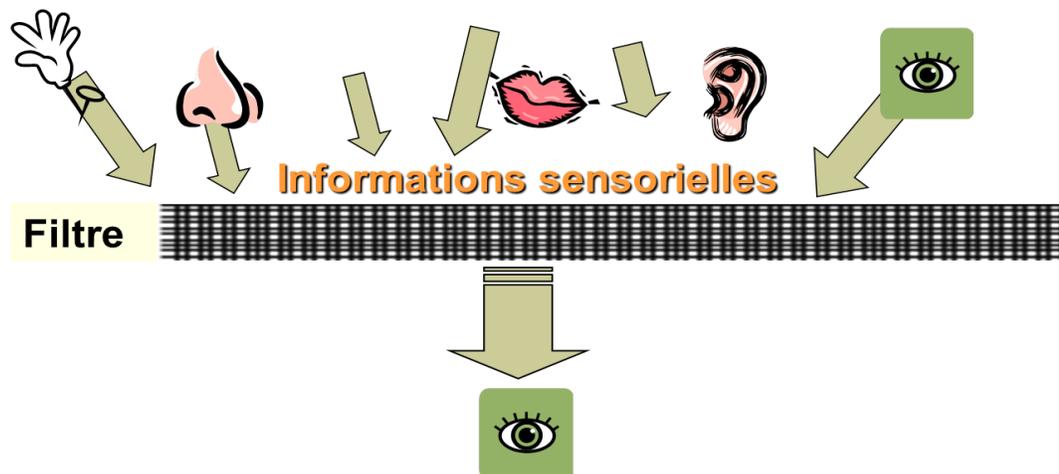
- l'ouïe : sons captés dans l'oreille interne;
- la vue : images captées par la rétine;
- l'odorat : odeurs captées par le bulbe olfactif;
- le goût : saveurs captées par les papilles gustatives;
- le toucher : sensations captées par les différents récepteurs de la peau.

Cela fait en sorte que nos sens sont à la base de l'apprentissage.

CHEZ LA PERSONNE NEUROTYPIQUE

Les sens ne fonctionnent jamais de manière isolée et le traitement de l'information sensorielle se fait sans effort. De plus près de 99% de toute l'information reçue par nos sens est jugée non pertinente, donc pas retenue. Comment arrive-t-on à faire cela ? C'est parce que nous sommes capables de faire de la modulation sensorielle. C'est-à-dire :

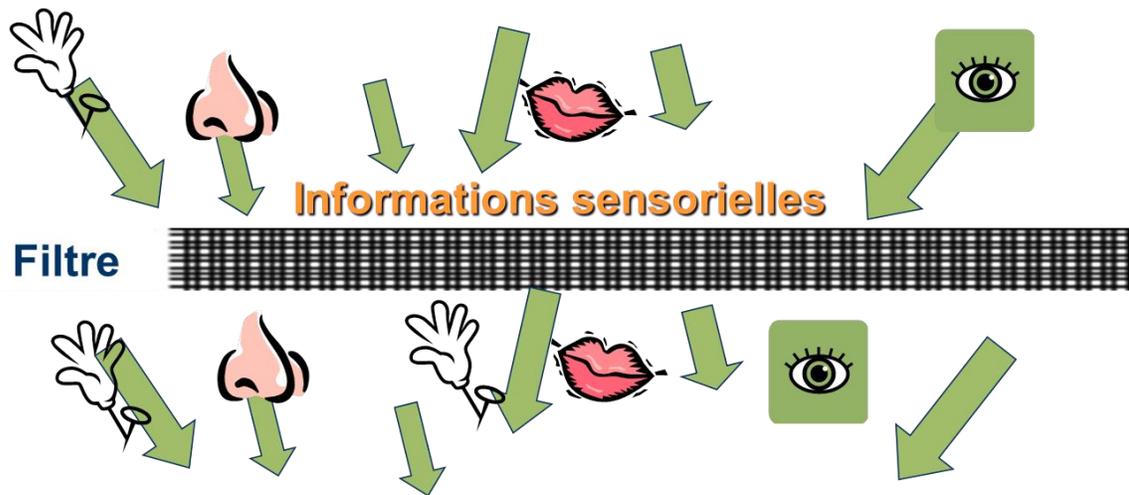
- La capacité d'organiser, de régulariser et prioriser l'information en provenance de l'environnement et de notre corps afin de rester organisé, engagé et en interaction ;
- C'est donc l'habileté à filtrer les messages pertinents de ceux qui ne le sont pas.



C'est notre **filtre** qui sélectionne l'information importante.

CHEZ LES PERSONNES TSA

Il est très difficile pour certaines d'avoir accès à plus d'un sens à la fois et pour certaines cela est même impossible. Leurs sens prennent l'information en fragments, c'est-à-dire par petit bout. La personne TSA a aussi beaucoup de difficultés à reconnaître ce qui est pertinent au niveau sensoriel, donc elle absorbe toute l'information sensorielle. La personne TSA a souvent ce que l'on appelle un trouble de la modulation sensorielle.



**LE FILTRE NE FONCTIONNE PAS BIEN ET NE PEUT
SELECTIONNER LES INFORMATIONS IMPORTANTES.**

La modulation sensorielle est une difficulté à traiter les messages sensoriels pour générer des comportements adaptés au contexte. Il existe 3 types de trouble, mais le profil des personnes est souvent mixte;

○ **Hyperréactivité sensorielle;**

- Le cerveau enregistre les sensations d'un ou de plusieurs systèmes trop intensément ;
- Niveau d'éveil élevé associé à un seuil de tolérance bas. La personne réagit plus rapidement, plus intensément et plus longtemps ;
- Associée aux défenses sensorielles;
- Comportements observés;
 - Peur, anxiété;
 - Retrait;
 - Agressivité;
 - Impulsivité;
 - Automutilation,...

○ **Hyporéactivité sensorielle;**

- Réaction diminuée ou inexistante face à une stimulation sensorielle;
- Besoin de stimulations plus fortes pour réagir;
- Niveau d'éveil diminué associé à un seuil de tolérance élevé;
- Comportements observés;
 - Apathique face à la nouveauté;
 - Paraît désintéressé;
 - Interagit peu avec l'environnement.

- **Recherche sensorielle;**
 - Recherche active pour obtenir des stimulations sensorielles.
 - Comportements observés;
 - Touche constamment les objets et les personnes;
 - Met beaucoup d'objets dans sa bouche;
 - Recherche d'odeurs fortes;
 - Veut sentir les objets;
 - Fredonne constamment les chansons;
 - Recherche d'activités motrices: sauter percuter les murs;
 - Manipule des objets lumineux très près de ses yeux.

Il est à noter que les difficultés de perception sensorielle sont très difficiles à observer chez l'enfant (surtout lorsqu'il n'y a pas ou peu de communication). En plus des sens « visibles » on retrouve les sens « cachés » ou « internes », les voici :

- Vestibulaire = mouvements de la tête captés dans l'oreille interne;
 - C'est l'un des premiers systèmes sensoriels à se développer au cours de la phase prénatale. Notre regard est orienté dans la direction de notre déplacement avant que le reste du corps s'oriente.
 - Le développement de l'équilibre est une compétence importante dans le processus de maturation motrice, entre autres pour l'acquisition de la marche. Nous possédons un 6^e sens, le sens de l'équilibre autrement appelé le sens vestibulaire dont les récepteurs sont situés dans l'oreille

interne. Si défaillant, maladresse, coordination des mouvements difficiles, nausées,...

- Il semble que les mouvements rotatifs, les balancements, et tournoiements apportent une grande stimulation vestibulaire au cerveau, l'aidant ainsi à mieux organiser et traiter les informations sensorielles, contribuant ainsi à l'équilibre.
- Proprioceptif = mouvements du corps captés dans les muscles et les articulations;
 - Connaitre la position des différentes parties du corps les unes par rapport aux autres.

Les interventions les plus simples sont souvent les plus efficaces en ce qui a trait aux sens. Si la personne TSA a des difficultés (sensibilités) avec :

- L'ouïe = se taire;
- La vue = cloisonner, encadrer, utiliser le noir/blanc, utiliser le visuel +++++, éviter les mouvements;
- L'odorat = éviter la surstimulation (parfum);
- Le goût = faire des essais sur ce qu'elle aime ou pas;
- Le toucher = éviter de la toucher, faire des pressions profondes, utilisation de couverture lourde (lorsque prescrit);
- Le vestibulaire = glissades, trampoline.

Afin de faciliter cette observation, voici quelques comportements ou réactions liés à ces difficultés.

TACTILE

- Difficultés de perception sensorielle au niveau tactile (hyper)

N'aime pas le contact physique ; n'aime pas être touché ; n'aime pas se faire habiller; n'aime pas certaines textures de vêtements; n'aime pas les variations de température; n'aime pas le contact de l'eau; n'aime pas se faire essuyer après le bain; n'aime pas se faire peigner ou se faire couper les cheveux; n'aime pas certains aliments; n'aime pas caresser un animal; ne supporte pas les petites démangeaisons ni les égratignures.

- Difficultés de perception sensorielle au niveau tactile (hypo)

Ne semble pas conscient des sensations sur les différentes parties de son corps ; aime les stimulations tactiles répétitives; touche de façon excessive les objets ou les personnes; mord, suce les objets de façon excessive; met ses mains dans sa bouche régulièrement; lèche ou mord certaines parties de son corps.

AUDITIF

- Difficultés de perception sensorielle au niveau auditif (hyper)

Se bouche les oreilles; a peur de certains bruits (foule, trafic, bruit de la mer, vent, cris de certains animaux); est sensible au bruit continu et aigu (ventilateur, séchoir, climatiseur); est sensible au faible bruit (néon, horloge); n'aime pas qu'on lui parle fort, préfère qu'on murmure lorsqu'on lui parle.

- Difficultés de perception sensorielle au niveau auditif (hypo)

Crie fréquemment ou émet régulièrement des sons; aime les jouets qui font du bruit; aime les sons répétitifs et forts; aime frapper les objets contre la table ou les meubles, les murs, le plancher; aime mettre ses

oreilles contre les surfaces qui produisent des vibrations (laveuse-sécheuse); aime les endroits bruyants (garage, cuisine); aime la foule, les centres commerciaux.

VESTIBULAIRE

- Difficultés de perception sensorielle au niveau vestibulaire (hyper)
N'aime pas les mouvements rapides, inquiet quand ses pieds ne touchent plus le sol; n'aime pas être sur une balançoire; n'aime pas être dans une position où il est instable; n'aime pas que l'on guide ses mouvements.

- Difficultés de perception sensorielle au niveau vestibulaire (hypo)
Aime se balancer, se bercer; aime tourner sur lui-même sans pour autant devenir étourdi; se heurte fréquemment aux objets ou aux personnes qui l'entoure; pas coordonné dans ses mouvements (maladroit).

VISUEL

- Difficultés de perception sensorielle au niveau visuel (hyper)
N'aime pas les miroirs; n'aime pas le plein soleil; n'aime pas les lumières vives; aime les objets mobiles; les petites choses (les particules qui traînent au sol).

- Difficultés de perception sensorielle au niveau visuel (hypo)
Aime les sources lumineuses, les miroirs et les surfaces brillantes; aime les effets visuels (regarder les portes coulissantes automatiques, les feuilles des arbres qui tombent); aime verser l'eau d'un verre à l'autre; aime mettre ses mains devant ses yeux; aime les jeux d'ombre et de lumière.

OLFACTIF

- Difficultés de perception sensorielle au niveau olfactif (hyper)

N'aime pas les odeurs en général (il se détourne quand on lui présente des odeurs); fuit les endroits où il risque de rencontrer des odeurs (cuisines, salle de bains); détecte les odeurs à de très grandes distances; détecte des odeurs que nous ne pouvons pas détecter; n'aime pas certains aliments à cause de leurs odeurs; fuit certaines personnes à cause de leurs odeurs (parfum).

- Difficultés de perception sensorielle au niveau olfactif (hypo)

Aime sentir les personnes et les animaux (la transpiration); aime les odeurs intenses (sentir ses mains enduites de salive, sentir ses doigts après les avoir introduits dans son anus, mettre son doigt dans son nez et ensuite dans sa bouche); aime sentir et manger la nourriture très assaisonnée.

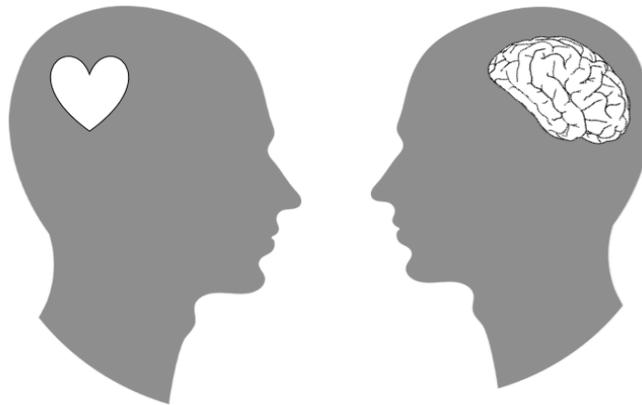
GUSTATIF

- Difficultés de perception sensorielle au niveau gustatif (hyper)
N'aime pas la nourriture qui est assaisonnée ou épicée (il a facilement des haut-le-cœur); n'aime pas les aliments qui sont gras ou filamenteux ; n'aime pas lorsqu'il y a plusieurs textures dans le même aliment (soupe, pâté chinois) ; n'aime pas lorsque les aliments se touchent dans l'assiette.

- Difficultés de perception sensorielle au niveau gustatif (hypo)
Aime toutes les nourritures, mange n'importe quoi, parfois aussi des substances non comestibles ; aime la nourriture très assaisonnée ou épicée; aime mettre des objets dans sa bouche.

PARTIE TSA

LE FONCTIONNEMENT COGNITIF ET AFFECTIF

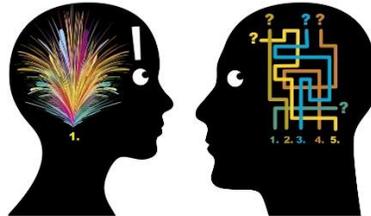


AFFECTIVE

COGNITIVE

www.differencebetween.com/difference-between-affective-and-vs-cognitive

LE FONCTIONNEMENT COGNITIF



Pour mieux comprendre comment apprennent les personnes ayant un TSA, il faut savoir comment les « neurotypiques » apprennent. Un neurotypique apprend :

- par exposition (immersion), il profite de la globalité de l'environnement pour apprendre;
- par imitation, il regarde les autres et fait pareil;
- par explication, il écoute ce que la personne lui dit;
- par expérimentation, il essaie de le faire et est conscient qu'il peut faire des erreurs (essai-erreur);
- par déduction (association), il observe, il analyse et par la suite il fait une déduction;
- par répétition, il fait et refait la tâche.

Bref, peu importe la méthode d'apprentissage utilisée par une personne neurotypique, elle utilise tous ses canaux d'apprentissage (les sens).

Pour la personne TSA, l'apprentissage passe sensiblement par les mêmes méthodes, mais pas de la même façon. Pour une personne TSA, il faut:

- que chaque élément soit entré un à la fois;
 - le cerveau ne crée pas de nouvelles images;
 - la personne ne fait pas de déduction, d'où l'importance d'y aller une étape à la fois;
 - la généralisation des apprentissages est très difficile (surtout chez les jeunes;

- qu'un seul canal d'apprentissage soit utilisé (un sens à la fois);
 - si on la touche et qu'on lui parle...
 - si on lui demande de nous regarder et qu'on lui parle...



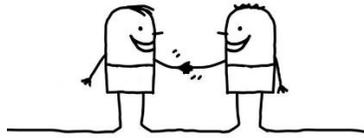
ON INTERPELLE PLUS D'UN CANAL!!!

- que l'on donne du temps pour le traitement de l'information (prends plus de temps);
 - il faut laisser du temps entre chaque demande, on en donne une on attend.... et on en donne une autre lorsque la première demande est exécutée;
 - lorsque la personne traite l'information, il peut y avoir différentes manifestations;
 - sons en continu;
 - flapping;
 - balancement;
 - mouvement des yeux, des mains;

- que l'enseignement soit fait en temps réel (plus ou moins efficace de faire semblant, de faire comme si);
 - lorsque l'on veut lui apprendre à jouer, on doit jouer à côté de lui sans parler;
 - les jeux symboliques n'amènent pas la personne TSA à généraliser;

- les jeux de rôles ou les mises en situation ne sont pas très efficaces;
- savoir que la personne TSA perçoit un élément à la fois et non la globalité;
 - la personne sélectionne un élément dans l'environnement;
 - la personne utilise le casse-tête à l'inverse de nous (nous on part de l'image et elle du morceau);
 - le neurotypique apprend en « film » (c'est-à-dire en image continue) et le personne TSA apprend en « diapo » (c'est-à-dire une image à la fois);
 - la personne TSA repère une partie de l'individu et non sa totalité.

LE FONCTIONNEMENT AFFECTIF



Pour bien comprendre le fonctionnement affectif d'une personne TSA, on doit savoir ce qu'est l'affectivité. L'affectivité c'est :

- une aptitude à éprouver des impressions, des émotions, des sentiments ou des passions;
- agréables, désagréables, douloureux...

Est-ce la même chose pour une personne TSA? Oui, c'est la même chose, la personne TSA ressent de la joie, de la tristesse, de la colère, bref elle ressent les mêmes émotions que nous. Ce qui diffère c'est :

- la capacité à relativiser les situations où la personne vit des émotions, soit que l'expression de l'émotion est trop intense ou pas assez, soit qu'elle est exprimée de façon inadaptée.

On doit aussi savoir ce qu'est l'empathie. L'empathie c'est la capacité de comprendre les sentiments et les émotions des autres sans pour autant les vivre soi-même. Pour être empathique, il faut;

- pouvoir adopter la perspective et le point de vue de l'autre;
- prendre part et comprendre leurs états d'âme;
- pouvoir réagir de manière émotionnelle adaptée.

On comprend donc que pour une personne TSA ressentir de l'empathie devient plus difficile, mais pas impossible.

Tout comme pour la personne ayant une déficience intellectuelle, la personne TSA ayant un fonctionnement cognitif limité, elle va fonctionner davantage avec son côté émotif. La personne TSA nous « sent », elle capte donc notre impatience, notre agressivité, notre

fatigue... Cependant, elle n'arrive pas à schématiser ce qu'elle sent (n'arrive pas à comprendre les liens...) Elle arrive seulement à les sentir et constate l'émotion que cela produit en elle.

La personne TSA a donc besoin d'être accompagnée dans son développement émotif, elle va rencontrer de petits et de grands problèmes. C'est là l'importance de notre rôle d'éducateur spécialisé.

Que cela soit au niveau cognitif ou affectif la personne TSA possède aussi de belles grandes forces, en voici quelques-unes :

- une excellente mémoire;
- une belle pensée analytique;
- un bon traitement sériel de l'information;
- une sensibilité aux détails;
- un attachement aux règles et règlements;
- possède une belle objectivité;
- possède une belle honnêteté;
- souvent perfectionniste;
- etc.

PARTIE TSA

LES INTERVENTIONS



worldartsme.com/autism-symbol

REPÈRES FONDAMENTAUX (tiré du site : saccade.ca)

Lorsque l'on parle d'intervention auprès des personnes ayant un TSA, il est essentiel de savoir que : 1 intervention = 1 personne. On peut difficilement avoir des interventions « one size fit all ». Par contre selon le modèle SACCADE, il est important utiliser des repères fondamentaux. Ces repères ont comme objectifs :

- de rendre l'environnement cohérent et sécurisant de manière continue;
- de diminuer l'anxiété de la personne TSA;
- de favoriser la disponibilité de la personne TSA.

L'application des repères doit être de la manière la plus continue possible, dans tous les milieux de vie de la personne, la personne TSA porte sa structure de manière continue et non selon la disponibilité de l'entourage.

L'application partielle peut déclencher des troubles du comportement ; la personne TSA aura découvert que le monde peut être cohérent et le recherchera.

Un seul de ces repères ne sera pas efficace ; c'est l'ensemble qui fait le travail.

Selon le niveau d'atteinte, ces repères seront appliqués de manière plus ou moins intense.

Ces repères sont valables pour toutes les personnes TSA puisqu'ils sont rattachés directement à la structure autistique. Voici donc la liste de ces repères :

1. structurer l'environnement;
2. structurer le temps;
3. utiliser un support visuel en appui à la communication;
4. expliquer avec des mots simples;
5. rendre l'abstrait concret (le non-dit, le verbal);
6. préciser le sens global;
7. aider la personne TSA à faire des liens, à généraliser;
8. décortiquer les apprentissages;
9. diminuer les stimuli extérieurs;
10. diminuer l'imprévisibilité;
11. hypersensibilité des sens;
12. apprendre à repérer l'effet de fragmentation interne;
13. respecter le fonctionnement interne/externe;
14. la personne TSA est cohérente;
15. utiliser son cadre de référence;
16. la personne TSA ne sait pas qu'elle ne sait pas;
17. la signification provient de l'extérieur;
18. respecter le niveau de développement (versus l'âge réel);
19. assurer une continuité;
20. ne pas céder à la pression de la normalisation.

MODÈLE SACCADE (tiré du site : saccade.ca)

Pendant de nombreuses années, **l'autisme a souvent été une longue histoire de souffrance tant pour la personne que son entourage.**

La personne autiste (TSA) souffrait depuis longtemps d'une errance d'intervention puisque ses besoins réels étaient méconnus. En conséquence, il en découlait un développement orienté essentiellement vers l'externe (par cœur et anxiété) ainsi qu'une scolarisation fictive, ce qui amenait tôt ou tard un déséquilibre important dans sa vie. De plus, elle était trop souvent victime d'un non-respect de ses droits fondamentaux.

Maintenant que nous avons une meilleure connaissance de la nature du trouble depuis l'émergence d'une nouvelle conception organique et neurobiologique de l'autisme, cela nous permet de changer notre regard et de réaliser les difficultés extrêmes que rencontrent les personnes autistes. Il faut maintenant « **...reconnaître leurs droits fondamentaux – à l'éducation, à la solidarité, à la vie parmi les autres** – que leur extrême vulnérabilité les empêche de revendiquer. » (Source : Avis no 102 « Sur la situation en France des personnes, enfants, adultes, atteintes d'autisme »; Comité Consultatif National d'Éthique pour les Sciences de la Vie et de la Santé; 8 novembre 2007)

Le principe fondamental de SACCADE est que l'absence de compréhension des besoins réels et uniques de l'autiste apporte une injustice pour la personne autiste (TSA), ce qui constitue une maltraitance par défaut. SACCADE s'oppose au non-respect de la dignité humaine face aux personnes autistes (TSA). SACCADE se place au service des autistes et place la personne autiste (TSA) au cœur des préoccupations.

SACCADE est un modèle d'intervention, cognitivo-développemental, qui utilise la remédiation cognitive et pédagogique à l'aide d'un code écrit appelé Langage Saccade Conceptuel. Il a été construit à partir de la description du Fonctionnement interne de la structure de pensée autistique (Harrisson, 2003).

SACCADE est un modèle d'intervention québécois qui a débuté en 2005. Il agit comme recadrage de la littérature et il est basé sur l'hypothèse d'un fonctionnement cognitif différent. SACCADE est centré sur l'harmonisation du développement de la structure autistique, le développement professionnel et l'amélioration de la performance du personnel intervenant et de l'intervention en autisme. Le modèle intègre des lignes de conduite et des normes de pratiques professionnelles basées sur la littérature en autisme. Il adapte des concepts, principes et outils novateurs en matière d'harmonisation du développement de la structure autistique. En apprenant et en travaillant ensemble dans leur propre environnement de pratique, les membres d'une équipe apprennent à parler une langue commune, et deviennent en mesure d'utiliser et de partager les connaissances, les habiletés, les attitudes et les comportements qui contribuent à l'harmonisation du développement de la structure autistique et au développement de la capacité à interagir de l'individu du spectre autistique (TSA). Ils peuvent alors intervenir centrés sur la **personne autiste (TSA)** dans un environnement collaboratif et efficace.

SACCADE, Centre d'expertise en autisme est composé d'une équipe de professionnels multidisciplinaires, expérimentés et formés pour intervenir spécifiquement avec les personnes du spectre autistique (TSA). Possédant son propre modèle d'intervention (SACCADE), son programme de formation ainsi que ses outils conceptuels, SACCADE

contribue à favoriser le développement harmonieux des personnes autistes (TSA) et de leur entourage.

**«CE QU'IL Y A DE PIRE QUE D'ÊTRE AUTISTE, C'EST DE NE PAS
AVOIR LE DROIT DE L'ÊTRE.»**

BRIGITTE HARRISSON

L'intégration sensorielle comme approche d'intervention

(tiré du site : <https://spectredelautisme.com/trouble-du-spectre-de-l-autisme-tsa-intervention-et-therapies/integration-sensorielle/>)

L'intégration sensorielle est aussi une *approche d'intervention* utilisée par les ergothérapeutes. Une approche d'intervention inclut des principes théoriques, un vocabulaire spécifique, des critères de description des troubles, des moyens standardisés d'évaluation ainsi que des modalités ou stratégies d'intervention qui lui sont propres.

L'approche d'intégration sensorielle de Ayres est une approche dont le titre est protégé par la loi sous le terme *Intégration sensorielle de Ayres* et les personnes qui la pratiquent doivent avoir reçu différentes formations continues pour être jugées aptes à utiliser cette approche. La recherche sur les impacts de cette approche est active et augmente sans cesse. Cependant, à cause du jeune âge de cette approche, elle est encore considérée dans son ensemble comme étant limitée.

L'approche d'intégration sensorielle vise à améliorer la qualité et l'efficacité du traitement de l'information par le système nerveux (mieux filtrer, enregistrer, moduler) et répondre efficacement et d'une manière adaptée aux stimuli sensoriels du corps et de l'environnement.

Il est habituel pour l'ergothérapeute d'évaluer le processus sensoriel chez l'enfant dans le cadre de son évaluation, car le développement sensoriel joue un grand rôle dans le reste du développement affectif, physique et cognitif et les troubles du processus sensoriel affectent de façon significative le fonctionnement.

Différents types de désordres du processus sensoriel ont été remarqués par les scientifiques de l'ergothérapie. Leurs descriptions varient selon

les auteurs, mais voici la catégorisation proposée par le Dr. Lucy Jane Miller¹ :

- Trouble de la modulation sensorielle
- Trouble de la discrimination et de la perception sensorielle
- Troubles moteurs d'origine sensorielle (trouble praxique, trouble postural oculaire et trouble d'intégration bilatérale)

Ainsi, si vous consultez un ergothérapeute qui dépiste certaines fragilités du processus sensoriel, celui-ci pourrait assigner un *diagnostic* d'ergothérapie par l'utilisation de ces termes.

À l'heure actuelle, les troubles du processus sensoriel ne sont pas des diagnostics reconnus médicalement. Ils servent plutôt à mieux comprendre le processus sensoriel d'un enfant pour mieux intervenir.

Aussi, ce ne sont pas tous les ergothérapeutes qui vont utiliser l'approche d'intégration sensorielle d'une manière intégrale dans leurs interventions cliniques. Cependant, la majorité utilisera différentes modalités sensorielles en guidant leur utilisation par la théorie de l'intégration sensorielle en combinaison avec d'autres approches.

Dans l'approche d'intégration sensorielle, c'est l'environnement ou des modalités (équipements ou stimulations) qui sont rendues disponibles à l'enfant plutôt qu'imposés. Cette approche propose que lorsqu'un enfant interagit avec son environnement de par sa propre motivation interne, le potentiel d'amélioration de l'organisation neurologique sera plus grand.

Voici un exemple d'application de l'intégration sensorielle.

Les parents de Zoé, 8 ans, consultent un ergothérapeute parce Zoé présente différents comportements qui les préoccupent :

- Elle réagit de façon exagérée aux bruits; couvre souvent ses oreilles avec ses mains.
- Elle a de la difficulté à tolérer les stimulations visuelles très vives.
- Elle fait souvent des crises dans les endroits publics.
- Elle a des difficultés de sommeil.
- Elle réagit peu à la douleur.
- Elle ronge ses ongles et mâchouille ses vêtements.
- Elle cherche à être en mouvement, à se lancer par terre.
- Elle attend à la dernière minute pour aller aux toilettes et peut avoir parfois des accidents. Elle mouille souvent son lit la nuit.
- Elle est très sélective dans son alimentation.
- Elle ne semble pas ressentir sa faim.
- Elle n'aime pas qu'on la touche, peut devenir agressive.
- Elle a des difficultés d'attention.
- Elle a des difficultés motrices et comportementales en éducation physique.

Suite à son évaluation en clinique, à certains questionnaires qui ont été remplis par les parents et à une observation à l'école, l'ergothérapeute a identifié un trouble de la modulation sensorielle pour Zoé.

L'ergothérapeute a aidé les parents de Zoé à mieux comprendre, reconnaître et prévenir les variations de vigilance du système de Zoé. Ainsi, ils ont pu adapter certaines des habitudes de vie de Zoé afin de limiter son anxiété (créer des routines). Dans les lieux qu'elle fréquente, certaines adaptations ont également pu être faites afin de soutenir une meilleure modulation sensorielle. Par exemple, une couverture filtre a

été installée sur les tubes fluorescents de sa classe pour les rendre moins agressants pour le système de Zoé.

L'ergothérapeute a aussi suggéré différents équipements (coquilles coupe bruit, peluche lestée, veste proprioceptive) et techniques (stimulation avec une brosse ainsi que des compressions dans les articulations) qui aident le système nerveux à mieux traiter les informations. Ayant remarqué les bienfaits de la pression profonde sur le fonctionnement de Zoé, l'ergothérapeute a suggéré aux parents de faire aussi des massages à Zoé avant le coucher afin d'aider au sommeil.

L'ergothérapeute travaille également chaque semaine avec Zoé en clinique pour aider son système nerveux à progresser dans sa maturité par l'utilisation de différents équipements suspendus, des exercices spécifiques (présentés sous forme de jeu) ainsi que par différentes activités pour aider Zoé à mieux comprendre et gérer ses réactions sensorielles par elle-même.

L'utilisation de la tablette électronique en autisme

(tiré du site : <https://spectredelautisme.com/trouble-du-spectre-de-l-autisme-tsa-intervention-et-therapies/integration-sensorielle/>)

L'utilisation des tablettes numériques et autres appareils mobiles est de plus en plus répandue auprès de la clientèle vivant avec un trouble du spectre de l'autisme (TSA), et pour cause, plusieurs parents et professionnels constatent les bénéfices et voient maintenant davantage ces appareils comme un outil d'apprentissage, plutôt qu'une simple plateforme de jeux. Bien sûr, l'utilisation de la tablette doit être encadrée et les résultats seront différents selon le profil et les besoins de chaque enfant.

La tablette a un aspect motivant non négligeable et offre la possibilité d'apprendre de façon ludique, ce qui est un véritable atout avec nos enfants. Nous pouvons également travailler les notions désirées à l'intérieur de plusieurs applications pour aider à la généralisation. Par contre, il ne faut pas oublier que la tablette est un outil parmi d'autres à notre disposition et qu'il faut également généraliser les apprentissages avec des manipulations et des activités papier-crayon variées.

Cet outil facile d'utilisation est intuitif, permet un contact direct avec l'interaction au toucher de l'écran et offre une rétroaction immédiate. Trois ingrédients gagnants !

Ce que l'utilisation de la tablette peut apporter à l'enfant autiste

Discrimination visuelle, action/réaction, coordination oeil-main, motricité fine, pairage, interaction et enrichissement du vocabulaire sont parmi les aspects que l'on peut travailler avec les plus jeunes enfants.

Voici un aperçu de ce que l'utilisation de la tablette peut apporter à un enfant autiste :

- Développe son autonomie dans les routines et la réalisation de tâches ainsi que dans ses choix d'activités, jeux, musique, photos et vidéos préférés.
- Lui permet de s'occuper de façon fonctionnelle et est normalisant.
- Favorise la communication.
- Développe et diversifie les intérêts de l'enfant.
- Facilite les moments d'attente et les moments non structurés.
- Permet les apprentissages de façon ludique, visuelle et interactive et favorise leur généralisation. Les périodes d'apprentissages sont structurées et avec accompagnement.
- Meilleure attention / concentration durant les activités avec la tablette.
- Permet de mieux comprendre le monde, lorsque associé au visionnement de photos et vidéos.
- Meilleure gestion du temps, des comportements et des activités de la vie quotidienne grâce aux outils personnalisables, toujours sous la main. Ex. : routines, horaires, scénarios sociaux, minuterie, applications sur les émotions et schémas.
- Suscite des moments d'interaction, de complicité et d'intérêts communs dans la fratrie.

LOVAAS/ABA (tiré du site : <https://autisme-montreal.com/quest-ce-que-le-trouble-du-spectre-de-lautisme/les-methodes-dintervention/>)

Bases de l'approche :

Aussi connue sous les noms d'Apprentissage par essais distincts, Intensive Behavior Intervention (IBI) ou Applied Behavior Analysis (ABA) ou méthode Lovaas. L'apprentissage par essais distincts fut une des premières formes de modification du comportement. Le programme actuel a été validé en 1987, avec l'intention initiale d'intégrer l'enfant à la garderie. L'approche Lovaas a évolué en s'intégrant sous les nomenclatures d'IBI et d'ABA.

Objectifs :

Enseigner à l'enfant comment apprendre en portant attention aux habiletés suivantes : être attentif, imiter, développer le langage réceptif et expressif, les habiletés pré-académiques et d'autonomie personnelle.

Implantation et application :

Utilise le modèle ABC. Chaque essai ou tâche demandée à l'enfant consiste en :

- une demande (A = antécédent) une directive donnée à l'enfant pour qu'il effectue une action;
- un comportement (B = behavior) une réponse de l'enfant, c'est-à-dire, tout ce qui peut être interprété comme une bonne réponse, une mauvaise réponse ou une absence de réponse;
- une conséquence (C) une réaction de l'intervenant, c'est-à-dire une gamme de réponses pouvant consister en un fort renforcement positif, à de faibles félicitations, pas de réponse ou à une réaction légèrement négative (ex. un Non);

- une pause pour séparer les essais les uns des autres (intervalle inter-essais).

Résultats rapportés :

Les recherches initiales indiquent des améliorations du QI, de la compréhension et de l'expression du langage ainsi que des habiletés sociales et adaptatives. L'étude originale de LOVAAS présentait des résultats spectaculaires avec 45 % des enfants que l'on n'arrivait pas à différencier des normaux. Des études tentant de répliquer ces résultats sont actuellement en cours. Bien qu'aucune étude n'ayant reproduit les résultats originaux obtenus par Lovaas ne soit connue à ce jour, les résultats préliminaires des réplifications sont encourageants.

Avantages de l'approche :

Reconnaît le besoin d'enseignement. Utilise la répétition des réponses comprises jusqu'à l'assimilation complète. Maintient l'enfant à l'écoute pour de plus grandes périodes de temps. Obtient une allocution verbale chez certains. Elle permet un départ accéléré chez d'autres. Plus efficace pour les enfants autistes de léger à modéré et dans l'échelle supérieure de QI.

Questionnements face à l'approche :

En raison de l'absence d'étude comparative sur l'efficacité des différentes méthodes, Lovaas est souvent présentée comme l'approche à utiliser. Pas de différenciation entre les types d'autisme lors de la création des programmes. Insiste sur l'obéissance et la dépendance aux incitations et aux renforçateurs. Approche comportementale pure qui peut ignorer les composantes neurologiques de l'autisme comme les problèmes dans les fonctions d'exécution et d'attention. Peut stresser

davantage l'enfant et la famille. Coût élevé, 50 000 dollars par enfant par année. Empêche un accès égal pour tous.

Erreurs à éviter :

Créer une dépendance à l'enseignement. Stresser davantage la famille et l'enfant. Interpréter tous les comportements comme en étant davantage des comportements volontaires et entêtés plutôt que des manifestations neurologiques du trouble. Ignorer les problèmes sensoriels ou les difficultés de fonctionnement. Ne pas reconnaître le moment où il faut passer à une autre approche.

Early Start Denver Model (ESDM) (tiré du site :

http://autismequebec.org/autisme_quebec_fichiers/file/Guide%20info%20pour%20familles%20et%20intervenants.pdf)

Le Early Start Denver Model (ESDM) est une approche qui a pour objectif l'engagement de l'enfant dans une relation sociale afin que toutes les formes de communication puissent être en force et que le développement se base sur l'expérience sociale. Comme son nom l'indique, le Early Start Denver Model (ou en français Modèle d'intervention précoce de Denver) peut s'appliquer tôt, soit à partir de 12 mois. Ce programme, qui tient compte du développement du cerveau, suggère que le langage symbolique et la communication se développent à travers les liens sociaux. L'intervention, personnelle à l'enfant et orientée sur l'imitation, l'interaction et le partage des émotions, a lieu à domicile. Elle exige de 25 h à 30 h par semaine. Cette approche est assez récente et encore peu connue au Québec.

Floor-time(ou méthode Greenspan) (tiré du site : http://autismequebec.org/autisme_quebec_fichiers/file/Guide%20info%20pour%20familles%20et%20intervenants.pdf)

Bien que la méthode Greenspan n'ait pas été faite pour les autistes, on l'utilise de temps en temps, et surtout aux États-Unis, avec les enfants présentant un TSA. Le Floor-time a été initié par le Dr Stanley Greenspan. L'objectif poursuivi est de sensibiliser les enfants au monde extérieur. Floor-time se distingue d'autres méthodes plus connues, car elle ne se contente pas de travailler uniquement sur la réaction de l'autiste. Elle insiste sur la mise sur pied d'une communication réciproque qui apportera, on l'espère, des améliorations au niveau du comportement. Floor-time fonctionne à partir des observations de l'enfant afin de préciser son niveau de fonctionnement. L'enseignement a lieu dans un environnement ludique, lequel encourage les interactions.

ICI (Tiré du site :

http://autismequebec.org/autisme_quebec_fichiers/file/Guide%20info%20pour%20familles%20et%20intervenants.pdf)

Le programme ICI (intervention comportementale intensive) découle de l'ABA. L'intervention comportementale intensive (ICI) est une forme d'analyse appliquée du comportement. C'est une thérapie qui, à la base, doit être appliquée de façon intensive (jusqu'à 40 heures par semaine) par les intervenants et les parents. Elle s'appuie sur un programme d'apprentissage conçu sur mesure pour l'enfant à partir d'objectifs adaptés à son profil développemental. L'ICI propose de bâtir des comportements positifs et de supprimer des comportements non désirés. On utilise la technique de l'apprentissage par essais distincts qui consiste à présenter un stimulus, puis à observer la réponse de l'enfant et à donner une conséquence. À travers de courtes séances, l'intervenant présente des exercices éducatifs qui se succèdent

rapidement tout en suivant la séquence stimuli-réponse-conséquence. On consolide la réponse avec des essais répétés jusqu'à ce que les mesures d'aide puissent être éliminées graduellement.

L'efficacité de l'ICI repose sur la précocité, l'intensité, la qualité et la durée des interventions. Les meilleurs gains développementaux dépendraient surtout quand l'ICI est effectué avant l'âge de 6 ans. Plus l'ICI a lieu tôt dans la vie de l'enfant et plus il est intégré de façon intensive, meilleurs seront les résultats à long terme. Les enfants québécois ayant un TSA peuvent recevoir de leur Centre de réadaptation jusqu'à 20 heures de services d'ICI par semaine. L'ICI est l'approche privilégiée par le Programme DI-TSA du CISSS. Quand l'enfant reçoit 10 heures et plus par semaine, le programme est dans une phase intensive. Lorsque l'enfant entrera à l'école, le nombre d'heures d'intervention diminuera, mais les formules d'évaluation et d'intervention seront sensiblement les mêmes.

PECS (tiré du site : <https://autisme-montreal.com/quest-ce-que-le-trouble-du-spectre-de-lautisme/les-methodes-dintervention/>)

Bases de l'approche :

Signifie : Picture Exchange Communication System. Dérive du besoin de bien différencier parler et communiquer. PECS découle aussi de l'ABA. Il combine les connaissances approfondies des thérapies du langage et de l'orthophonie adaptées à la compréhension de la communication lorsque l'étudiant n'attache pas d'importance à la signification des mots. Très compatible avec TEACCH.

Objectifs :

Aide l'enfant à initier une interaction communicative de manière spontanée. Aider l'enfant à comprendre les fonctions de la communication. Développer des compétences pour la communication.

Implantation et application :

Reconnaît que les jeunes enfants autistes ne sont pas vraiment influencés par les récompenses sociales. Débuter l'apprentissage par des actions fonctionnelles qui mettent l'enfant en contact avec des récompenses significatives. Commencer avec des échanges assistés et procéder selon une hiérarchie en huit phases. Nécessite un ratio initial de deux intervenants pour une personne autiste.

Résultats rapportés : Pyramid Educational Consultants rapporte des données empiriques qui soutiennent l'approche : Augmentation de la capacité à communiquer chez la plupart des utilisateurs de la méthode (les enfants comprennent la fonction de la communication) et émergence de l'usage spontané de la parole.

Avantages de l'approche :

La méthode PECS aide à initier le langage. Elle vise les déficits sociaux et de communication de l'autisme. Est appropriée pour les enfants non verbaux ou préverbaux et pour les enfants avec un QI non verbal plus élevé que le QI verbal. La sémantique de la méthode PECS ressemble davantage à un langage parlé au langage par signes.

Questionnements face à l'approche :

Peut supprimer le langage parlé. (L'expérience actuelle démontre cependant le contraire).

Erreurs à éviter :

Ne pas adhérer rigoureusement aux principes d'enseignement de la phase I. Avoir tendance à ne travailler que l'étape I ou à n'utiliser qu'un seul intervenant. Fournir un soutien et un suivi inadéquats à des intervenants n'ayant suivi qu'une formation de deux jours. Entraîner seulement une personne à la méthode plutôt que tout le personnel impliqué. Une mise en place inconsistante dans le milieu.

TEACCH (tiré du site : <https://autisme-montreal.com/quest-ce-que-le-trouble-du-spectre-de-lautisme/les-methodes-dintervention/>)

Bases de l’approche:

Signifie: Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped Children. Plus de 32 ans de données empiriques sur l’efficacité de l’approche TEACCH. Inclus les parents comme thérapeutes. Reconnaît le besoin d’un soutien de l’enfance jusqu’à l’âge adulte. Porte autant l’attention sur la façon dont l’autisme affecte la personne que sur les comportements.

Objectifs :

Fournir des stratégies pour soutenir la personne durant toute sa vie. Favoriser l’autonomie à tous les niveaux de fonctionnement. S’adapter aux besoins individuels des personnes autistes.

Implantation et application :

Bien organiser, structurer et modifier l’environnement et les activités. Mettre l’accent sur les modalités visuelles d’apprentissage. Utiliser des contextes fonctionnels pour enseigner les concepts. Le programme est basé sur une évaluation individuelle. Utiliser des structures prévisibles pour favoriser une communication spontanée.

Résultats rapportés :

Gains dans le fonctionnement et le développement. Augmentation des habiletés fonctionnelles et de l’adaptation. Les habiletés acquises sont généralisées à d’autres environnements. Un rapport de la Caroline du Nord indique une diminution du taux de stress des parents et des

demandes pour des placements en dehors du foyer familial. Plus haut niveau de réussites d'emplois intégrés.

Avantages de l'approche :

Modèle dynamique qui profite et qui se sert de plusieurs champs de recherche. Modèle non statique. Anticipe et soutient les stratégies d'intégration. Compatible avec PECS, Floor-Time, ergothérapie, et autres stratégies choisies. S'adresse aux sous-groupes de l'autisme, utilise des évaluations et des approches individualisées. Identifie les habiletés émergentes qui ont la plus forte probabilité de succès. Flexible pour réduire le stress de l'enfant ou de la famille.

Questionnements face à l'approche :

Perception selon laquelle TEACCH abandonne face à l'autisme plutôt que de le combattre. Paraît être une méthode d'exclusion qui sépare les enfants autistes des autres enfants. Il peut sembler que TEACCH isole les enfants dans des milieux de travail indépendants alors que ceux-ci ont besoin de développer leurs habiletés sociales avec d'autres enfants. Croyances basées sur la méconnaissance ou une connaissance superficielle de l'approche.

Erreurs à éviter :

Ne pas donner une formation, des consultations et un suivi continus suffisants aux intervenants pour que le programme soit implanté correctement. Percevoir TEACCH comme un simple programme scolaire plutôt que comme un continuum de supports généraux et stratégiques. Ne donner qu'une formation minimale aux intervenants pour qu'ils forment et/ou informent le reste du personnel. Ne pas établir une réelle collaboration avec les parents.

Scénario social (tiré du site : <https://autisme-montreal.com/quest-ce-que-le-trouble-du-spectre-de-lautisme/les-methodes-dintervention/>)

Bases de l'approche :

Méthode appelée également histoires sociales. Développée initialement par Mme Carol Gray en 1991 pour aider les autistes à comprendre les règles d'un jeu. Développée par la suite pour la compréhension de règles sociales plus subtiles de notre culture neurotypique. Elle aborde les déficits de la Théorie de l'Esprit (l'habileté à comprendre les perceptions de quelqu'un d'autre).

Objectifs :

Clarifier les attentes sociales chez les personnes autistes. Cerner les problèmes selon la perspective de la personne autiste. Redéfinir les mauvaises interprétations sociales. Fournir un guide de conduite et des outils de gestion personnelle pour les situations sociales auxquelles les personnes autistes auront éventuellement à faire face.

Implantation et application :

Les scénarios sont spécifiques à chaque personne et s'appliquent aux situations problématiques de chacun. Ils comprennent généralement trois types de phrases: phrases de perspective, descriptives et directives. Les différents types de phrases apparaissent dans les scénarios sociaux suivant une certaine fréquence respective. Les scénarios sociaux peuvent être lus PAR ou À la personne autiste. Les scénarios sont présentés longtemps d'avance afin de permettre plusieurs lectures, mais surtout juste avant que la situation se présente.

Résultats rapportés :

Stabilisation du comportement spécifique à une situation donnée. Réduction de la frustration et de l'anxiété chez les personnes autistes qui ont à gérer une situation déterminée. Le comportement s'améliore au cours d'une situation déterminée lorsque le scénario social est appliqué de manière cohérente.

Avantages de l'approche :

Développée spécifiquement pour les déficits sociaux des personnes autistes. Adaptée aux besoins spécifiques et individuels. Le temps et le coût sont flexibles.

Questionnements face à l'approche :

Les données qui soutiennent l'approche sont davantage anecdotiques qu'empiriques. Les bénéfices dépendent des compétences de l'auteur des scénarios, de sa compréhension de l'autisme et de son habileté à se placer dans la perspective d'un autiste.

Erreurs à éviter :

Employer trop de phrases reliées aux buts à atteindre proportionnellement au nombre de phrases ayant trait à la perception et à la description. Débuter les phrases reliées aux buts à atteindre avec des termes trop rigides (ex. je ferai, plutôt que, j'essaierai de faire, etc.). Écrire un scénario trop élaboré pour l'âge et/ou le développement cognitif de la personne. Utiliser un langage trop complexe. Ne pas être assez spécifique dans la description de la situation et dans la réponse comportementale désirée.

SCERTS

(tiré du site :

http://autismequebec.org/autisme_quebec_fichiers/file/Guide%20info%20pour%20familles%20et%20intervenants.pdf)

Le SCERTS (Social Communication Emotional Regulation Transactional Support) soutient qu'il est possible de changer des comportements en se basant sur la capacité à copier ce que l'adulte propose. Cette approche touche trois niveaux : une relation réciproque, la maîtrise des émotions et le soutien à l'apprentissage. La méthode SCERTS insiste sur les aspects de la communication et des émotions chez les enfants présentant un TSA. Le modèle SCERTS encourage une approche multidisciplinaire dans un cadre d'intervention qui soutient l'enfant dans ses efforts comportementaux et communicationnels. L'enfant et la famille sont au cœur des interventions avec l'aide d'intervenants. Des études ont démontré des résultats positifs sur une longue période. Au Québec, il existe une adaptation du modèle SCERTS appelée MII (Modèle intégré d'intervention)

INTERVENTIONS BIOMÉDICALES

(Tiré du site :

http://autismequebec.org/autisme_quebec_fichiers/file/Guide%20info%20pour%20familles%20et%20intervenants.pdf)

L'approche biomédicale est personnalisée : elle ne se concentre pas sur des traitements qui sont des automatismes en fonction du diagnostic. Elle travaille sur les déséquilibres découverts suite au bilan biologique et veut éliminer les éléments qui désorganisent la santé du patient. Des médicaments et des interventions alimentaires sont utilisés.

Médication

Les personnes ayant un TSA ne sont pas malades, mais la médication peut soulager certaines manifestations physiques. Elle peut aussi réduire certains symptômes (inattention, anxiété).

Oxygénothérapie hyperbarique

Le traitement hyperbare accroît la quantité d'oxygène dans les tissus humains. En ce qui concerne l'autisme cette thérapie est considérée comme expérimentale au Québec.

Diète sans gluten et sans caséine

Le gluten et la caséine font partie de la famille des protéines. Lorsque ces protéines ne sont pas bien digérées, les peptides (acides) sont transportés dans le sang. C'est ce surplus de peptides absorbés qui nuirait au bon fonctionnement du cerveau en provoquant l'apparition de symptômes autistiques ou d'apparence autistique. C'est une hypothèse à laquelle on souscrit, ou non, et qui est à la base d'une diète sans gluten et sans caséine.

Suppléments alimentaires

Avec l'accord du médecin, certaines vitamines (ex : vitamine B6) et suppléments (ex : huile de foie de morue) peuvent être pris en surplus.

Protocole DAN!

Le protocole Defeat Autism Now! (DAN!), qui signifie « Vaincre l'autisme maintenant! », est une approche médicale alternative élaborée par l'Autism Research Institute pour aider les médecins à diagnostiquer et à traiter les patients autistes. Ce protocole demande d'adopter un régime sans gluten, sans caséine, sans malbouffe ni produits contenant des sucres raffinés. À ce régime s'ajoute de nombreux suppléments alimentaires. Des traitements visent également à neutraliser les effets toxiques de certaines substances dans l'organisme. Toutes les actions du protocole DAN! sont assujetties à un suivi rigoureux, ce qui en fait un traitement très exigeant. Très peu de professionnels sont formés à cette approche au Québec.

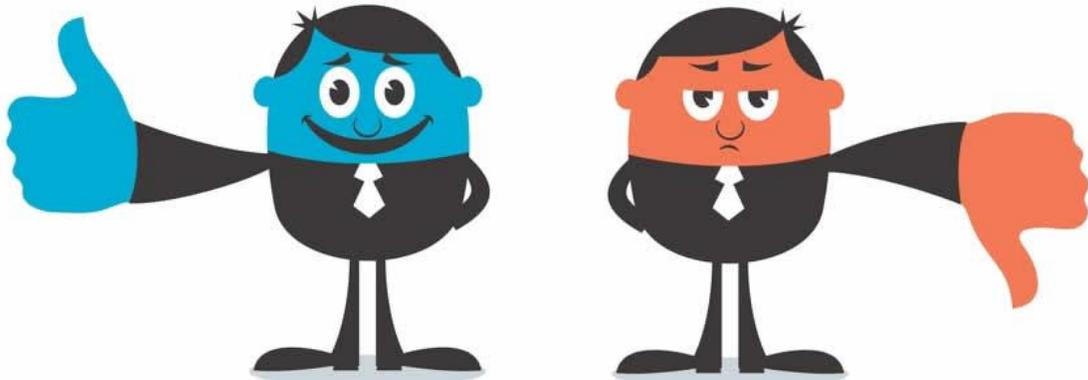
AUTRES INTERVENTIONS

On retrouve aussi les interventions suivantes. Ces interventions ne sont pas exclusives pour les personnes ayant un TSA.

- L'ergothérapie
- L'orthophonie
- Les chiens d'assistance
- L'équitation thérapeutique
- La zoothérapie
- La musicothérapie
- La méthode Tomatis (WWW.tomatis.com)
- Technique MEBP – Massage pour enfants à besoins particuliers (www.techniquemebp.com)

PARTIE TSA

LE COMPORTEMENT



telemaco.ma/les-six-raccourcis-qui-guident-le-comportement-de-letre-humain

Aujourd'hui on parle du comportement des personnes TSA en utilisant le même vocabulaire que pour les personnes neurotypiques. On parle de trouble du comportement, de difficultés comportementales, etc., mais cela de façon un peu moins « ferme » qu'il y a quelque temps. Brigitte Harrisson et Lise St-Charles (cofondatrices de SACCADE) parlent plutôt de difficultés développementales que comportementales. Elles précisent l'importance de distinguer les manifestations autistiques des troubles du comportement. Cela ne veut pas dire que l'éducateur ne doit pas travailler sur les comportements dérangeants. Comme avec les personnes ayant une déficience intellectuelle, il faut connaître les causes possibles et les fonctions du comportement. Voici une liste non exhaustive :

- **problèmes médicaux;**
 - ne sait pas exprimer une douleur;
 - mauvais état de santé général ou problèmes non localisés;
 - épilepsie;
 - état dépressif;

- **sensoriel;**
 - trop de stimulations ou sensations désagréables (sons, lumières, personnes, contacts physiques, etc.);

- **communication;**
 - a fait ce qui était demandé et ne comprend pas notre irritation (compréhension concrète);
 - n'a pas compris la consigne;
 - ne sait pas **qu'il faut dire** qu'il (ou elle) n'a pas compris la consigne;

- ne sait pas **comment dire** qu'il (ou elle) n'a pas compris la consigne;
 - a besoin d'aide (ne sait pas faire ou organiser la tâche);
 - ne sait pas **qu'il faut demander** de l'aide pour l'obtenir;
 - ne sait pas **comment demander** de l'aide pour l'obtenir;
 - doit interrompre une tâche en cours pour faire ce qui est demandé;
 - mauvaise compréhension ou information incomplète (on dit qu'on va au supermarché, mais on s'arrête à la poste en chemin);
 - n'a pas compris qu'on plaisante;
- **prévisibilité/temps;**
 - s'attendait à autre chose (en fonction de son expérience passée);
 - on a fait des changements dans l'horaire sans le prévenir ou on pense qu'il le sait parce qu'on le lui a dit;
 - a besoin de plus de temps (lent, stressé par la demande);
 - ne comprend pas bien les notions de temps (on répond à une question "oui, cet après-midi" et il comprend "oui, maintenant");
 - on ne respecte pas l'horaire qu'on a donné (on a dit: "on part à 5h", et à 5h01 on n'est pas parti...);

- **social;**
 - la pression est trop grande: il lui faut faire attention à trop de choses: trop de monde, trop de stimulations;
 - n'anticipe pas les conséquences de ses actions ou de ses paroles;
 - ne connaît pas la règle (règles implicites);
 - a peur de l'échec (expérience), préfère refuser;
 - a du mal à contrôler ses émotions (même positives);

- **motivation/intérêts;**
 - l'effort demandé ne débouche pas sur un résultat motivant;
 - le comportement problématique est renforcé par sa conséquence (attention, retrait, jeu, autre bénéfice);
 - est "envahi" par ses intérêts;
 - ne juge pas l'importance des critiques (prend une petite remarque pour quelque chose de grave - Sentiment d'échec permanent).

MÉDIAGRAPHIE

American Psychiatric Association (2013). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5^e éd.). Arlington, VA : American Psychiatric Publishing.

Defoy C. Defoy F. (2021) 351-241-ME Intervention déficience intellectuelle et TSA. Recueil inédit. Mérici Collégial privé

FQCRDITED (2015) *GUIDE DE PRATIQUE L'intervention précoce auprès des enfants de 2 à 5 ans présentant un retard global de développement*. Montréal.

Fraser, D. et Labbé, L. (1993). *L'approche positive de la personne : Une conception globale de l'intervention*. Laval : Les Éditions Agence d'Arc.

Juhel, J.C. (2012). *La déficience intellectuelle : Découvrir, Comprendre, intervenir*. Québec : Les Presses de l'Université Laval.

L'Abbé, Y., Labine, R., Lemieux, N., Lespinasse, J., et Fortin, F., Goyette, C., Walter, M., (2010). *Handicaps et retards de développement, Prévention et intervention précoce*. Montréal : Béliveau éditeur.

Martin, Jean-François. (2012). *La déficience intellectuelle : concepts de base* (2^e éd.). Québec : FIDES éducation.

Tassé, Marc J. et Morin Diane. (2003). *La déficience intellectuelle*. Québec : gaétan morin éditeur.

Pannetier, Évelyne. (2009). *Comprendre et prévenir la déficience intellectuelle*. Québec: Éditions MultiMondes.

Poirier, Nathalie. (2008). *L'autisme, un jour à la fois*. Québec : Presses de l'université Laval.

Sites Internet : Les sources Internet sont directement écrites dans les notes de cours.

