

Université de Montréal

**Programme d'entraînement aux habiletés sociales pour des enfants ayant un trouble
envahissant du développement non spécifié**

Par

Isabelle Brière

École de psychoéducation

Faculté des Études Supérieures

Travail présenté dans le cours PSE-6154

Professeur : Paul Gendreau

14 juin 2011

SOMMAIRE

Le programme d'intervention le Socio-Guide a été animé auprès de six jeunes présentant un trouble envahissant du développement recrutés suite à une référence de la clinique de pédopsychiatrie de Lanaudière ou de l'équipe santé mentale jeunesse du Nord de Lanaudière. L'objectif proximal général poursuivi par cette intervention était que le participant augmente sa compétence sociale. L'intervention s'est déroulée sur douze semaines, à raison d'une rencontre de 90 minutes par semaine. Six habiletés sociales ont été enseignées : (a) demander de l'aide, (b) converser, (c) réagir à une critique, (d) réagir à un comportement dérangeant, (e) contrôler ses réactions agressives et (f) comprendre les émotions. Bien qu'un protocole à cas unique quasi-expérimental à série temporelle (OOOXOOO) ait été sélectionné initialement, le protocole final est de type pré-expérimental (OXO). L'évaluation portait sur l'augmentation des habiletés sociales émises en contexte contrôlé et en contexte naturel. Les résultats en contexte naturel sont hétérogènes et les parents perçoivent généralement plus positivement les changements que les enseignants. Les résultats de l'intervention en contexte contrôlé n'ont pu être interprétés car des contraintes temporelles et éthiques ont limité l'évaluation. Quatre des six parents ont perçu une amélioration des habiletés sociales générales telles que mesurées à l'aide du questionnaire appelé Annexe 1 du Socio-Guide. Les résultats des échelles de coopération, d'affirmation de soi, d'autocontrôle et de responsabilité varient en fonction des répondants et des jeunes. De multiples variables influencent l'interprétation des résultats, dont entre autres les débordements au programme. Bien que le devis utilisé ne permette pas d'interpréter les résultats avec certitude, cette expérience démontre qu'il est possible de mettre en place une intervention de groupe répondant aux besoins de cette clientèle en s'inspirant des résultats de la recherche.

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier Bernard Tanguay qui m'a encouragée à choisir une clientèle qui me stimulait et qui a su me soutenir tout au long de l'animation. Nos échanges m'ont permis d'intégrer mon expérience d'intervention. Merci également à Pascale-Andrée Vallières qui a été flexible et supportante tout au long de ces deux années de maîtrise. Merci à tous mes collègues de travail qui ont supporté mes humeurs.

Merci à Marielle Lamy de l'Hôpital Rivière-des-Prairies et à Karine Fournier, de la clinique d'Ergothérapie de la maison à l'école, d'avoir accepté de partager leur expérience de travail auprès d'enfants présentant un trouble envahissant du développement. Merci d'avoir pris le temps de me rencontrer, vos conseils furent précieux!

Des sincères remerciements à ma famille. À ma sœur Cynthia, sans qui je n'aurais pas pu, à tous les égards, compléter cette maîtrise. À ma mère, qui m'a cuisiné de nombreux petits plats afin que je reste en santé et à mon père qui a lu et corrigé la majorité de mes travaux. Merci à toute ma famille qui m'a soutenue et encouragée. Enfin, un énorme merci à mon fils Anthony. Tu m'as motivée jour après jour à ne pas lâcher, tu as accepté d'être gardé à chaque semaine, même l'été, et tu as continué à te développer harmonieusement.

TABLE DES MATIÈRES

Sommaire	i
Remerciements.....	ii
Table des matières	iii
Liste des tableaux.....	v
Liste des figures.....	vi
Introduction.....	1
Contexte théorique	3
Description de la problématique.....	3
Prévalence.....	6
Étiologie.....	7
Théories cognitives	8
Comorbidités et problèmes associés.....	11
Facteurs de risque et mécanismes de protection	12
Facteurs individuels	12
Facteurs environnementaux.....	13
Pronostic à l'adolescence	14
Pronostic à l'âge adulte.....	15
Interventions déjà expérimentées	18
Intervention proposée	18
Méthodologie	20
Description.....	20
Participants.....	20
Buts et objectifs	20
Animateurs.....	21
Programme et contenu.....	21
Contexte spatial	22
Contexte temporel.....	22

Moyens de mise en relation, stratégies de gestion des apprentissages et stratégies de gestion des comportements	22
Code et procédures	23
Système de responsabilité	23
Stratégie de transfert et de généralisation.....	24
Système d'évaluation et de reconnaissance	24
Évaluation de la mise en œuvre	24
Évaluation des effets.....	27
Résultats.....	30
Évaluation de la mise en œuvre.....	30
Comparaison entre le prévu et le vécu.....	30
Évaluation de la mise en œuvre.....	32
Évaluation des effets.....	35
Stratégie d'analyse employée	35
Résultats.....	36
Discussion	40
Jugement sur l'atteinte des objectifs	40
Liens entre les résultats et les composantes de l'intervention	41
Liens entre les résultats et le contexte théorique.....	43
Avantages et limites de l'intervention	44
Conclusion.....	45
Références	47
Annexes.....	56

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Critères diagnostiques du trouble autistique selon le DSM-IV-TR	3
Tableau 2. Critères diagnostiques du syndrome d'Asperger selon le DSM-IV-TR.....	4
Tableau 3. Critères diagnostiques proposés par le groupe de travail du DSM-V.....	5
Tableau 4. Interventions expérimentées auprès d'une population semblable et favorisant le développement des habiletés sociales.....	17
Tableau 5. Programme proposé	19
Tableau 6. Évaluation de la mise en œuvre	26
Tableau 7. Évaluation des effets	29
Tableau 8. Caractéristiques des participants	30
Tableau 9. Nombre de collants octroyés par rencontre	32
Tableau 10. Conformité au programme.....	33
Tableau 11. Exposition des participants au contenu du programme	33

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Chaîne prédictive	16
Figure 1. Qualité de la participation.....	34
Figure 2. Perception des répondants recueillie à l'aide du QEHS- Échelle de coopération ...	36
Figure 3. Perception des répondants recueillie à l'aide du QEHS- Échelle d'affirmation de soi	37
Figure 4. Perception des répondants recueillie à l'aide du QEHS- Échelle d'autocontrôle	38
Figure 5. Perception des parents recueillie à l'aide du QEHS- Échelle de responsabilité	38
Figure 6. Perception des parents recueillie à l'aide de l'annexe 1- Questionnaire sur les habiletés sociales	39

INTRODUCTION

C'est à partir d'études de cas, durant les années quarante, que Leo Kanner et Hans Asperger ont décrit les caractéristiques sociales, langagières et comportementales des troubles envahissants du développement (Dumas, 2002). Suite à cet intérêt, les études se sont multipliées et aujourd'hui les troubles envahissants du développement (TED) comprennent cinq troubles : l'autisme, le syndrome d'Asperger, le trouble envahissant du développement non spécifié (TED-NS), le syndrome de Rett et le trouble désintégratif de l'enfance (APA, 2000). Mis à part ces deux derniers troubles, dont la nature dégénérative les distingue clairement des autres TED, l'autisme, le syndrome d'Asperger et le TED-NS partagent de nombreuses caractéristiques, la principale étant des difficultés majeures et persistantes lors des interactions sociales. Dans plusieurs sociétés, outre les habiletés langagières, les habiletés sociales sont importantes à la gestion des interactions sociales.

Or, parce que les comportements des TED-NS sont moins perturbateurs, ceux-ci ne reçoivent habituellement pas d'intervention psychoéducative afin de favoriser leur intégration sociale; ils vivent pourtant une détresse tout aussi importante. Afin de bien comprendre les caractéristiques des enfants ayant un TED-NS, il faut savoir que cette catégorie inclue les enfants qui vivent de grandes difficultés sociales, mais qui ne remplissent pas tous les critères diagnostiques de l'autisme ou de l'Asperger. Ainsi, les difficultés peuvent être de moindre intensité ou d'apparition tardive. Bien que tous présentent des lacunes au niveau du développement des habiletés sociales, cette catégorie d'enfants renferme donc une grande diversité de manifestations de nature autistique. D'ailleurs, une controverse majeure se poursuit dans le milieu scientifique concernant le maintien de ce diagnostic, certains le qualifiant de catégorie «fourre-tout». Cette controverse est visible dans les études scientifiques ; soit les études excluent les TED-NS afin de garder les sujets «purs», soit les échantillons comprennent des sujets manifestant des comportements de tout le spectre autistique (autistes, Asperger et TED-NS). La recension des écrits a été réalisée dans ce contexte, mais un effort particulier a été fait afin de préciser les connaissances qui représentent spécifiquement les TED-NS lorsque les études le permettent. D'abord un portrait caractéristique des TED-NS est dressé, ensuite la prévalence, l'étiologie, les théories explicatives, la comorbidité et les problèmes associés, les facteurs de risque et de protection, de même que la chaîne prédictive sont présentés. Cette partie sera complétée par un aperçu des interventions pertinentes à l'apprentissage d'habiletés sociales.

La clinique de pédopsychiatrie de Lanaudière est une ressource de deuxième ligne en santé mentale jeunesse qui couvre la totalité de la région de Lanaudière. Les dernières années ont été ponctuées d'efforts afin d'améliorer l'accessibilité et la continuité des services. L'absence d'intervention de groupe visant l'amélioration des habiletés sociales pour les TED-NS constitue une lacune qu'il faut corriger. Afin d'y remédier et devant l'absence de tentatives antérieures dans notre milieu, nous avons décidé de développer une intervention de groupe adaptée à ces jeunes.

CONTEXTE THÉORIQUE

Description de la problématique

Le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux publié en 2000 (DSM-IV-TR) est la référence utilisée au Québec afin de poser les diagnostics. Le TED-NS se définit par une atteinte sévère des interactions sociales réciproques associée à une altération des capacités de communication (verbale ou non) ou à la présence de comportements, d'intérêts ou d'activités restreints et répétitifs. Aussi, le trouble ne doit pas répondre mieux aux critères des quatre autres TED, ni à ceux d'une schizophrénie, d'une personnalité schizoïde ou évitante. C'est donc dire que plusieurs symptômes correspondant entre autres à l'autisme (voir Tableau 1) ou au syndrome d'Asperger (voir Tableau 2) sont présents, mais incomplets, atypique ou d'intensité réduite (APA, 2000).

Tableau 1. Critères diagnostiques du trouble autistique selon le DSM-IV-TR

Trouble autistique
<p>A. Un total de six (ou plus) parmi les éléments décrits en (1), (2) et (3), dont au moins deux de (1), un de (2) et un de (3);</p> <p>(1) Altération qualitative des interactions sociales, comme en témoignent aux moins deux des éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> (a) Altération marquée dans l'utilisation, pour réguler les interactions sociales, de comportements non verbaux multiples, tel que le contact oculaire, la mimique faciale, les postures corporelles, les gestes. (b) Incapacité à établir des relations avec les pairs correspondant au niveau de développement. (c) Le sujet ne cherche pas spontanément à partager ses plaisirs, ses intérêts ou ses réussites avec d'autres personnes (p.ex., il ne cherche pas à montrer, à désigner du doigt ou à apporter les objets qui l'intéressent). (d) Manque de réciprocité sociale ou émotionnelle. <p>(2) Altération qualitative de la communication, comme en témoigne au moins un des éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> (a) Retard ou absence total de développement du langage parlé (sans tentative de compensation par d'autres modes de communication, comme le geste ou la mimique). (b) Chez les sujets maîtrisant suffisamment le langage, incapacité marquée à engager ou à soutenir une conversation avec autrui. (c) Usage stéréotypé et répétitif du langage ou langage idiosyncrasique. (d) Absence d'un jeu de «faire semblant» varié et spontané ou d'un jeu d'imitation sociale correspondant au niveau de développement. <p>(3) Caractère restreint, répétitif ou stéréotypé des comportements, des intérêts et des activités, comme en témoigne au moins un des éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> (a) Préoccupation circonscrite à un ou plusieurs centres d'intérêts stéréotypés et restreints, anormale soit dans son intensité, soit dans son orientation. (b) Adhésion apparemment inflexible à des habitudes ou à des rituels spécifiques et

-
- (c) non fonctionnels.
 - (c) Maniérismes moteurs stéréotypés et répétitifs (p.ex., battements ou torsions des mains ou des doigts, mouvements complexes de tout le corps).
 - (d) Préoccupations persistantes pour certaines parties des objets.
- B. Retard ou caractère anormal du fonctionnement, débutant avant l'âge de trois ans, dans au moins un des domaines suivants : (1) interactions sociales, (2) langage nécessaire à la communication sociale, (3) jeu symbolique ou d'imagination.
- C. La perturbation n'est pas mieux expliquée par le diagnostic de syndrome de Rett ou du trouble désintégré de l'enfance.
-

Tableau 2. Critères diagnostiques du syndrome d'Asperger selon le DSM-IV-TR

Syndrome d'Asperger
<p>A. Altération qualitative des interactions sociales, comme en témoignent aux moins deux des éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> (a) Altération marquée dans l'utilisation, pour réguler les interactions sociales, de comportements non verbaux multiples, tel que le contact oculaire, la mimique faciale, les postures corporelles, les gestes. (b) Incapacité à établir des relations avec les pairs correspondant au niveau de développement. (c) Le sujet ne cherche pas spontanément à partager ses plaisirs, ses intérêts ou ses réussites avec d'autres personnes (p.ex., il ne cherche pas à montrer, à désigner du doigt ou à apporter les objets qui l'intéressent). (d) Manque de réciprocité sociale ou émotionnelle. <p>B. Caractère restreint, répétitif ou stéréotypé des comportements, des intérêts et des activités, comme en témoigne au moins un des éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> (a) Préoccupation circonscrite à un ou plusieurs centres d'intérêts stéréotypés et restreints, anormale soit dans son intensité, soit dans son orientation. (b) Adhésion apparemment inflexible à des habitudes ou à des rituels spécifiques et non fonctionnels. (c) Maniérismes moteurs stéréotypés et répétitifs (p.ex., battements ou torsions des mains ou des doigts, mouvements complexes de tout le corps). (d) Préoccupations persistantes pour certaines parties des objets. <p>C. La perturbation entraîne une altération cliniquement significative du fonctionnement social, professionnel, ou dans d'autres domaines importants.</p> <p>D. Il n'existe pas de retard général du langage significatif sur le plan clinique (p.ex., le sujet a utilisé des mots isolés vers l'âge de 2 ans et des phrases à valeur de communication vers l'âge de 3 ans).</p> <p>E. Au cours de l'enfance, il n'y a pas eu de retard significatif sur le plan clinique dans le développement cognitif ni dans le développement, selon l'âge, des capacités d'autonomie, du comportement adaptatif (sauf dans le domaine des interactions sociales) et de la curiosité pour l'environnement.</p> <p>F. Le trouble ne répond pas aux critères d'un autre trouble envahissant du développement spécifique ni à ceux d'une schizophrénie.</p>

Chaque nouvelle parution du DSM vise à ajuster les critères et les catégories à la lumière des nouveaux appuis scientifiques. La parution du DSM-V attendue en 2010 a été reportée en 2013. Toutefois, le groupe de travail responsable de sa révision a rendu disponible en ligne les propositions de changements (www.dsm5.org). En ce qui concerne les TED, on propose une catégorie unique appelée Trouble du spectre autistique en soulignant

le besoin d'ajouter une dimension de sévérité en regard du support requis au niveau de la communication sociale, des intérêts stéréotypés et des comportements répétitifs. Ainsi, les critères proposés regroupent les caractéristiques actuellement décrites dans l'autisme, le syndrome d'Asperger, le TED-NS et le trouble désintégratif de l'enfance. Le syndrome de Rett serait exclu du spectre autistique puisqu'il a une étiologie connue et serait alors possiblement inclus dans la catégorie des troubles mentaux dus à une affection médicale générale.

Plus spécifiquement, les critères proposés (traduction libre) sont :

Tableau 3. Critères diagnostiques proposés par le groupe de travail du DSM-V

Trouble du spectre autistique
<p>Répondre aux critères décrits en A, B, C et D :</p> <p>A. Déficiences persistantes de la communication et des interactions sociales indépendamment du contexte, non explicable par un retard général du développement, manifestés par tous les éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> (a) Altération marquée de l'utilisation de la communication verbale et non verbale pour réguler les interactions sociales. (b) Manque de réciprocité sociale. (c) Incapacité à développer et à maintenir des relations avec les pairs correspondant au niveau de développement. <p>B. Caractère restreint et répétitif des comportements, des intérêts et des activités, comme en témoignent deux des éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> (a) Comportements moteurs ou verbaux stéréotypés ou utilisation répétitive d'objets. (b) Adhérence excessive aux routines et aux comportements ritualisés ou résistance excessive au changement. (c) Intérêts restreints anormaux par leur intensité ou leur nature. (d) Hyper ou hypo réactions à des stimuli sensoriels ou intérêt particulier pour des objets de l'environnement (fascination pour la lumière, indifférence apparente à la douleur, la chaleur ou le froid, etc.). <p>C. Les symptômes sont présents depuis la petite enfance (mais peuvent ne pas s'être manifestés jusqu'à ce que les demandes sociales excèdent les capacités limitées).</p> <p>D. L'ensemble des symptômes limitent et compromettent le fonctionnement quotidien.</p>

Le rationnel derrière ces changements repose sur l'absence d'appui empirique en ce qui concerne les distinctions diagnostiques qui prévalent encore actuellement (www.dsm5.org). Les différences documentées relèvent davantage du niveau de développement du langage et du niveau de fonctionnement cognitif qui sont à la base même des distinctions diagnostiques du DSM-IV-TR (Macintosh & Dissanayake, 2004; 2006; Volkmar, State, & Klin, 2009). Aussi, à niveau de développement verbal et cognitif équivalents, l'intervention qui prévaut dans les milieux cliniques pour ces clientèles est identique. Quoique les changements proposés puissent encore varier suite à la consultation

publique, une vision dimensionnelle est suggérée pour ce trouble qui affecte principalement les relations sociales (www.dsm5.org).

Concrètement, il ressort que les TED sont limités dans leurs interactions sociales, soit par un manque de compréhension, soit par une utilisation maladroite de la communication, soit par des intérêts ou des comportements envahissants. Étant donné que de nombreux apprentissages se transmettent en contexte social, les TED sont alors défavorisés. À la différence de leurs pairs, le développement des habiletés sociales ne se fait pas de façon naturelle; il doit faire l'objet d'un apprentissage formel et structuré (Attwood, 2004; Kabot, Masi, & Segal, 2003; Pollard, 1998; Volkmar, Lord, Bailey, Schultz, & Klin, 2004). À cause de ces habiletés sous-développées et de la difficulté à pouvoir profiter du mode de transmission des connaissances, les TED sont confrontés à leurs incapacités à faire face à la vie quotidienne. Finalement, nous nous permettons d'insister sur le fait que le diagnostic actuel de TED-NS est caractérisé par une grande hétérogénéité dans l'intensité des manifestations comportementales (Matson & Boisjoli, 2007).

Prévalence

Selon la Société canadienne de l'autisme (2010), environ 47 000 personnes avaient, en 2010, un diagnostic de TED-NS. Une étude épidémiologique effectuée par le Centre hospitalier de Montréal pour enfants (citée dans Norris, Paré, & Starky, 2006) rapporte une prévalence de 0.68%, tous TED confondus. Certains évaluent la prévalence des TED-NS aux alentours de 0.36%, ce qui correspond à environ la moitié de tous les TED (Chakrabarti & Fombonne, 2001; Fombonne, 2003).

La prévalence de l'autisme est plus importante chez les garçons, le ratio se situant à environ quatre garçons pour une fille. Lorsque les filles en sont atteintes, le tableau clinique est souvent plus lourd, des retards mentaux graves et des troubles neurologiques sont présents (Bailey, Phillips, & Rutter, 1996; Dumas, 2002). Une vérification des participants aux études recensées (Begeer, Rieffe, Terwogt, & Stockmann, 2003; de Bruin, Ferdinand, Meester, de Nijs, & Verheij, 2007; de Bruin, de Nijs, Verheij, Hartman, & Ferdinand, 2007; Goldstein & Schwebach, 2004; Koyama & Kurita, 2008; Koyama, Tachimori, Osada, & Kurita, 2006; Serra, Jackson, van Geert, & Minderaa, 1998; Walker et al., 2004) nous permet d'observer que chez les enfants ayant un diagnostic de TED-NS, plus de 80% sont des garçons.

Étiologie

Il est établi aujourd'hui qu'une composante génétique entre en jeu dans environ 10% des cas (Bailey et al., 1996; Battaglia & Carey, 2006; Chakrabarti & Fombonne, 2001; Charles, Carpenter, Jenner, & Nicholas, 2008), alors que l'étiologie demeure inconnue dans les autres cas. Dans les familles d'enfants autistes, le risque qu'un autre membre réponde également aux critères diagnostiques est de 50 à 100 fois supérieur à celui rencontré dans la population générale (Tordjman, Cohen, & Golse, 2005), ce qui suggère une influence héréditaire. Tordjman et al. (2005) ont recensé trois études de jumeaux publiées en 1977, 1989 et 1995 où le taux de concordance des jumeaux monozygotes est supérieur à celui des dizygotes (taux moyens de 64% vs 9%). Ces études soutiennent l'hypothèse d'une contribution du patrimoine génétique. Hallmayer et al. (2002) ont recensé le taux de concordance auprès d'un échantillon de jumeaux comprenant des autistes, des Asperger et des TED-NS. Le taux observé dans leur échantillon n'est pas significativement différent de ceux recensés auprès de la fratrie ou des parents qui sont d'environ 3% (Bailey et al., 1996; Chakrabarti & Fombonne, 2001; Tordjman et al., 2005). Ils expliquent cette différence par un biais dans le recrutement des sujets jumeaux dans les études précédentes (Hallmayer et al., 2002). Récemment, les recherches se sont concentrées sur des gènes candidats, mais aucun n'a été identifié à ce jour (Charles et al., 2008). Selon Challman, Barbaresi, Katusic et Weaver (2003), près de 5% des cas de TED-NS sont d'origine chromosomique. Pour Battaglia et Carey (2006), cela représentait 16.5% de leurs sujets TED. Ainsi, les anomalies génétiques ou chromosomiques, par exemple du X fragile, de William, d'Angelman ou de la sclérose tubéreuse, sont présentes chez une partie des TED (Bailey et al., 1996; Battaglia & Carey, 2006; Challman et al., 2003).

Selon Henningsson et al. (2009), le fort ratio garçon/fille pourrait être la conséquence d'une altération anormale des hormones androgènes. Knickmeyer, Baron-Cohen, Raggatt et Taylor (2005) rapportent qu'un taux élevé de testostérone foétale est corrélé à une qualité moindre des relations sociales chez des enfants normaux à l'âge de quatre ans, et ce chez les deux sexes. Un taux élevé corrèle avec une augmentation d'intérêts restreints et une diminution de la qualité des relations sociales. Plusieurs études rapportent la présence d'anomalies au cerveau de nature structurelle ou chimique chez les autistes (Courchesne, 1997; Hashimoto et al., 1995; Ohnishi et al., 2000; Waterhouse, Fein, & Modahl, 1996; Zilbovicius et al., 2000) ou un retard de maturation (Zilbovicius et al., 1995). Challman et al. (2003) ont observé ces anomalies autant chez leurs sujets autistes que chez leurs sujets

TED-NS. Au plan structurel, des anomalies au cervelet et au lobe temporal, de même que dans le tronc cérébral ont été observées (Hashimoto et al., 1995; Waterhouse et al., 1996; Zilbovicius et al., 1995; 2000).

Plus récemment, certains chercheurs ont postulé la présence de causes alimentaires. L'alimentation, les troubles alimentaires et les troubles digestifs constituent d'autres voies de recherche (Dumas, 2002; Poirier & Kozminski, 2008; Rogé, 2003; Tassé et al., 2003). Des études ont même évalué l'efficacité de diètes alimentaires précises, entre autres concernant le gluten ou la caséine (Myers & Johnson, 2007; Robel, Beauquier-Maccotta, Bresson, Schmitz, & Golse, 2005; Tordjan et al., 2005). Toutefois, elles doivent être validées et répliquées avant d'en tirer des conclusions.

Les facteurs provenant de l'environnement peuvent également jouer un rôle dans l'étiologie. D'abord, certaines complications obstétriques sont souvent citées, mais elles ne sont pas exclusives au TED : saignement durant la grossesse, prise de médication maternelle, détresse fœtale (Bailey et al., 1996; Glasson et al., 2004; Roeyers, Keymeulen, & Buysse, 1998). Bailey et al. (1996) arrivent à la conclusion que les complications plus fréquentes sont dues aux anomalies génétiques qui sont concomitantes chez une portion des autistes et non à l'autisme en soi. Aussi, une infection virale in utero ou post natale, comme l'encéphalite, pourrait déclencher un dysfonctionnement du système immunitaire, ce dernier produisant des anticorps qui s'attaquent aux tissus cérébraux, ce qui expliquerait les atteintes cérébrales observées (Bailey et al., 1996). Enfin, la prématurité augmente les risques de handicap et de troubles de tout genre, dont les TED. Les grossesses multiples augmentent à leur tour les risques d'accouchement prématuré, tout comme l'âge avancé de la mère (Croen, Najjar, Fireman, & Grether, 2009; Glasson et al., 2004).

Théories cognitives

En ce qui concerne l'intelligence, 92% des TED-NS de l'échantillon de Chakrabarti et Fombonne (2001) sont d'intelligence normale. La majorité des TED-NS présente un QI normal, ce qui constitue tout le contraire des autistes chez qui la déficience intellectuelle est associée dans plus de 70% des cas (Chakrabarti & Fombonne, 2001; Klinger & Renner, 2000).

Sans se présenter comme des causes, trois théories majeures tentent d'expliquer les particularités observées chez les TED. Tout d'abord, la *théorie de l'esprit* (theory of mind ou

ToM) serait déficiente chez une grande partie des TED (Baron-Cohen & Belmonte, 2005; Happé et al., 1996; Martin & McDonald, 2003; Serra et al., 1998). Cette théorie modélise l'aptitude des humains à interpréter les états mentaux des autres (croyances et désirs) afin d'expliquer et de prédire leur comportement (Happé, 1999). La ToM permet d'ajuster son comportement en conséquence, elle joue donc un rôle majeur dans l'ajustement social. Elle se mesure à partir de plus d'une douzaine de types de tâches, la plus courante étant celle des fausses croyances. Cette dernière comprend deux niveaux (Happé & Frith, 1996; Klinger & Renner, 2000; Mull & Evans, 2010): le premier s'acquiert normalement vers l'âge de quatre ans et se résume à la capacité d'inférer le raisonnement d'une autre personne. Le second s'acquiert vers sept ans et constitue le raisonnement qu'une personne effectue sur les pensées d'une deuxième ou même troisième personne. Sicotte et Stemberger (1999) rapportent que 36% de leurs sujets TED, âgés de six à dix ans, réussissent cette tâche (premier niveau). Beeger et al. (2003) ont montré que les TED-NS ont les capacités d'inférer les fausses croyances de premier niveau, mais ils ne partagent pas spontanément leurs observations; ils le font lorsqu'ils sont renforcés. Leurs sujets étaient âgés de sept à douze ans. Serra, Jackson, van Geert et Minderaa (1998) ont montré que pour la colère, la tristesse, la joie et la peur, il n'y avait aucune différence significative entre les TED-NS et les sujets normaux quant à la reconnaissance des indices non verbaux. Cette étude ne s'est pas penchée sur les émotions plus complexes. Ozonoff et Miller (1995) ont démontré que quatre de leurs cinq sujets adolescents exposés à leur intervention ont augmenté leur performance aux deux niveaux comparativement à un des sujets du groupe contrôle. En somme, bien qu'avec un certain décalage, une partie des TED-NS sont capables d'inférer les états mentaux et il semble possible d'augmenter ces capacités suite à un entraînement.

La seconde théorie est communément appelée la *théorie de la cohérence centrale*. La cohérence centrale réfère à la tendance cognitive naturelle d'extraire un sens, une signification, un point commun ou l'essentiel de ce que l'on traite (Happé et al., 2001, Happé & Frith, 1996, Jarrold et al., 2000). Plusieurs observations ont alimenté la perception d'une déficience chez les TED (Bauminger, 2002; Happé, Briskman, & Frith, 2001; Happé & Frith, 1996; Jarrold, Butler, Cottington, & Jimenez; 2000). Happé (1996) a montré que les autistes succombent moins aux illusions visuelles que leurs pairs normaux ou ceux ayant des difficultés d'apprentissage. Jones, Carr et Klin (2008) observent que les TED regardent la bouche et le corps au détriment des yeux, ce qui limite l'information sociale captée. De Wit, Falck-Ytter et von Hofsen (2008) observent également une pauvreté de temps accordé aux visages, mais également des stratégies différentielles de décodage selon que l'émotion soit

positive ou négative. Plus de temps est accordé aux yeux lorsque l'émotion est négative. Serra, Althaus, de Sonneville, Stant, Jackson et Minderaa (2003) ont observé qu'ils prennent davantage de temps à reconnaître les émotions des personnes non familières. Dans la population, cette tendance peut se voir selon un continuum où les TED se situent vers la sous-utilisation de cette capacité cognitive (Happé, 1999). Ainsi, les TED utilisent plutôt des stratégies locales d'observation, où chaque partie est distincte. Ils retiennent différemment les informations en provenance de l'environnement, ils s'appuient sur des processus d'exploration distincts et ils ne recodent pas la saisie des informations (Bauminger, 2002; Happé et al., 2001; Happé & Frith, 1996; Jarrold et al., 2000). Cette théorie a l'avantage de souligner à la fois les capacités exceptionnelles observées chez les TED et leurs difficultés à extraire un sens aux situations sociales et à généraliser (Happé, 1999; Jarrold et al., 2000).

La troisième théorie est celle des *fonctions exécutives* (Jarrold et al., 2000). Ces fonctions sont contrôlées par le lobe frontal (Happé et al., 2001; Happé & Frith, 1996). Les fonctions exécutives sont à la base de notre capacité à contrôler nos actions, spécialement dans un nouveau contexte. Prévoir, coordonner et ajuster nos actions, inhiber une action automatique, maintenir de l'information dans la mémoire de travail, poursuivre un but, rester centré sur une tâche, effectuer des transitions mentales ou comportementales sont tous des capacités gérées par les fonctions exécutives. Les TED présentent une persévération, un besoin de routine, une rigidité cognitive et des comportements stéréotypés qui pourraient être expliqués par un déficit des fonctions exécutives. Tout comme pour les enfants qui ont un déficit d'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH), ce déficit influence grandement les performances sociales. Cette théorie a l'avantage de compléter celle de la théorie de l'esprit (Happé, 1999).

Ces trois théories tentent de décrire pourquoi les TED ont des difficultés au niveau de leur compétence sociale. Le concept de compétence sociale est un terme général. Une personne est jugée compétente au plan social lorsqu'elle performe adéquatement face à une tâche ou une situation sociale grâce à un ensemble d'habiletés (Massé, Desbiens, & Lanaris, 2006; Matson, 2009). Les habiletés sociales sont les composantes malléables de la compétence sociale (Elliot & Busse, 1991). Les habiletés sociales sont des comportements appris qui permettent à un individu d'interagir avec les autres de façon à susciter une réaction positive chez l'autre et à éviter des réactions négatives (Elliot & Busse, 1991; Massé et al., 2006). Gresham et Elliot (cité dans Elliot & Busse, 1990) définissent cinq grandes catégories d'habiletés: a) coopération, b) affirmation, c) responsabilité, d) empathie et e) autocontrôle.

Les difficultés peuvent être dues à un manque d'acquisition des habiletés ou à un manque de performance. Toutefois, tous s'entendent pour dire que les TED présentent un déficit dans l'acquisition des habiletés sociales (Matson, 2009; Matson, Matson, & Rivet, 2007; Volkmar et al., 2004).

Comorbidités et problèmes associés

La présence de troubles associés chez les TED-NS est la norme plutôt que l'exception. L'association avec le trouble d'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H) est à la fois la plus fréquente et la plus controversée. La prévalence du TDA/H chez les TED serait dix fois plus élevée que dans la population générale (Koyama et al., 2006). Des études rapportent que 44% à 68% des TED-NS remplissent également les critères diagnostiques du TDA/H (de Bruin et al., 2007; Goldstein & Schwebach, 2004; Koyama et al., 2006). Scheirs et Timmers (2009) ont comparé les profils cognitifs de trois groupes : TED-NS, TDA/H et TED-NS+TDA/H. Ils concluent que les TED-NS+TDA/H ont un fonctionnement cognitif se rapprochant davantage de celui des TDA/H que des TED-NS. Ils questionnent donc la présence concomitante des deux diagnostics. D'autres rapportent de meilleures performances au sous-test des blocs chez les TED-NS (Koyama et al., 2006). Les études divergent et il est difficile d'établir si les deux troubles ont une origine commune, s'ils sont distincts ou s'ils s'influencent (Goldstein & Schwebach, 2004; Liss et al., 2001; Roeyers et al., 1998; Verté, Guerts, Roeyers, Oosterlaan, & Sergeant, 2006). La présence des deux diagnostics semble augmenter les difficultés quotidiennes vécues par les enfants (Goldstein & Schwebach, 2004). Actuellement, le DSM-IV-TR (APA, 2000) spécifie que le diagnostic de TDA/H ne peut être posé si les symptômes surviennent exclusivement au cours du TED. Dans la pratique, plusieurs pédopsychiatres posent les deux diagnostics et ajustent la médication en conséquence (Matson & Boisjoli, 2007).

Les troubles anxieux sont souvent présents. De Bruin et al. (2007) rapportent un taux de comorbidité de 55%, les troubles les plus fréquents étant les phobies spécifiques (38%), la phobie sociale (12%), l'anxiété de séparation (9%) et les troubles obsessionnels compulsifs (6%). Dans cette même étude, les troubles de l'humeur étaient comorbides chez 14% de l'échantillon, la dépression majeure étant le trouble le plus fréquent (11%). D'autres rapportent que le taux de dépression se situe entre 30% et 40% et qu'il est plus élevé chez les adolescents et les jeunes adultes (Solomon, Goodlin-Jones, & Anders, 2004). Les troubles intériorisés semblent plus fréquents lorsque l'intelligence est préservée, comme c'est le cas chez les Asperger et la majorité des TED-NS (Attwood, 2004). Du côté des troubles

extériorisés, outre le TDAH, le trouble d'opposition serait présents chez 37% et le trouble des conduites chez environ 10% (de Bruin et al., 2007).

Très fréquents, les troubles du sommeil peuvent être diversifiés. De façon générale, le sommeil est souvent de courte durée et ponctué de réveils fréquents. Par exemple, l'enfant peut aussi se réveiller et vaquer à ses occupations favorites en silence, son besoin de sommeil se résumant à quelques heures par nuit (Dumas, 2002; Poirier & Kozminski, 2008; Rogé, 2003; Tassé et al., 2003). Les enfants ne semblent pas en souffrir outre mesure, contrairement à leurs parents. Il est cependant possible que cela affecte leur capacité d'apprentissage au même titre qu'un enfant n'ayant pas un TED.

Bien que la relation soit difficile à circonscrire, de 20% à 30% des enfants vont souffrir d'épilepsie durant la petite enfance ou au moment de la puberté (Dumas, 2002). Tassé et al. (2003) rapporte que 25% à 40% des adolescents ou jeunes adultes seront épileptiques. Quoique les taux varient, la concomitance demeure élevée (Dumas, 2002; Poirier & Kozminski, 2008; Rogé, 2003; Tassé et al., 2003).

Facteurs de risque et mécanismes de protection

Facteurs individuels

Malgré l'hétérogénéité, certaines caractéristiques permettent à l'individu de mieux s'adapter. D'abord, les capacités langagières sont importantes. Plus le langage est développé et fonctionnel, plus l'enfant peut établir des relations sociales et effectuer des rétroactions. Or, les habiletés langagières dépendent grandement du développement cognitif. De ce fait, plus l'enfant possède un niveau de QI élevé, plus le pronostic est favorable (Cantin & Mottron, 2004; Matson, Dempsey, Lo Vullo, & Wilkins, 2008). Il devient possible de favoriser la compréhension des concepts abstraits. Toutefois, une atteinte des fonctions exécutives et des capacités d'attention peuvent venir influencer à la baisse les apprentissages (Cantin & Mottron, 2004).

La composante affective joue aussi un rôle dans l'adaptation de l'individu. La capacité de comprendre, d'identifier et de gérer ses émotions est d'une grande importance. Lorsque l'enfant n'est pas envahi par ses émotions, cela lui donne accès à des moyens adaptés socialement pour gérer les difficultés. Il peut utiliser le langage pour mieux comprendre ou encore se retirer. Cette capacité joue un grand rôle dans son adaptation avec les pairs, lui évitant d'être marginalisé. Toutefois, les adultes ayant un TED rapportent qu'ils ont presque

tous été victimes de taquinerie ou ont servi de souffre-douleur, situation qu'ils supportaient très mal (Cantin & Mottron, 2004).

Le développement de l'amitié dépend de plusieurs habiletés sociales et permet une meilleure adaptation (Bauminger, Solomon, Aviezer, Heung, Brown et al., 2008; Bauminger, Solomon, Aviezer, Heung, Gazit et al., 2008; Kelly, Garnett, Attwood, & Peterson, 2008; Spence, 2003). Les habiletés sociales comprennent les habiletés de communication, la réciprocité, la lecture spontanée et l'identification des indices émotionnels, la capacité à négocier ses besoins, la capacité à tenir compte de l'autre, la résolution de conflits, etc. La sévérité de la déficience est variable chez les TED. Ainsi, certains initient des contacts sociaux mais ont de la difficulté à maintenir les interactions, alors que d'autres n'y voient aucun intérêt. Ces habiletés sont présentes naturellement chez les enfants sans TED et se perfectionnent avec l'exposition aux situations sociales. Ainsi, plus l'enfant TED a de bonnes capacités à la base, plus il s'exposera aux apprentissages et plus le pronostic sera positif (Bauminger, 2002; Ingersoll, Schreibman, & Stahmer, 2001).

Plus l'enfant TED vieillit, plus l'écart avec les pairs au développement typique au niveau des habiletés sociales grandit, car ces derniers, à la différence des TED, sont davantage exposés et profitent des apprentissages spontanés. Au cours du développement, les enjeux relationnels augmentent en importance et en complexité. Le niveau cognitif et les capacités langagières sont également influencés par l'environnement, par exemple les expériences positives de socialisation, qui influe à son tour sur le développement.

Facteurs environnementaux

Le cerveau étant un organe plus fortement malléable durant les premières années de vie (Zeanah, 2009), l'intervention précoce et intensive est primordiale. L'intervention précoce peut minimiser les difficultés psychosociales futures. En plus de pallier aux déficits personnels présentés plus haut, elle permet de minimiser les expériences sociales négatives. Les pairs ont tendance à ignorer les enfants TED, à en faire des boucs émissaires, à les intimider ou encore simplement les rejeter (Bauminger, Shulman, & Agam, 2003; Kelly et al., 2008; Little, 2002; Mackay, Knott, & Dunlop, 2007; White, Koenig, & Scahill, 2007).

Comme tous les parents qui ont un enfant ayant un handicap, le niveau de stress vécu est important (Tassé et al., 2003). Ces enfants demandent beaucoup de supervision, d'attention et de stimulation. La détresse de la famille augmente avec la présence

grandissante de problèmes émotionnels et comportementaux (Herring et al., 2006; Lee, Harrington, Louie, & Newschaffer, 2008). Les rendez-vous médicaux et les soins sont fréquents. Les coûts associés sont exorbitants et les listes d'attente pour les services publics sont démesurées (Poirier & Kozminski, 2008). Plusieurs parents éprouvent des difficultés à concilier travail et famille, ce qui pousse souvent la mère à demeurer à la maison. Conséquemment, le revenu familial diminue et la mère vit beaucoup d'isolement (Lee et al., 2008). Comme les soins s'échelonnent sur de nombreuses années, l'épuisement finit souvent par les rattraper et mène à des dépressions importantes. Parfois, le lien d'attachement en est affecté. Or, le lien d'attachement avec les parents permet de créer ensuite des liens avec les pairs (Bauminger, Solomon, Aviezer, Heung, Brown et al., 2008). La sensibilité des parents est donc un facteur de protection important et elle ne dépend pas directement de la sévérité des symptômes de l'enfant (Koren-Karie, Oppenheim, Dolev, & Yirmiya, 2009; Rutgers, Bakermans-Kranenburg, van Ijzendoorn, & van Berckelaer-Onnes, 2004). Enfin, la présence de conflits au sein du couple est fréquente. Comme pour tous les enfants, les conflits familiaux et l'épuisement parental constituent des facteurs de stress qui monopolisent une partie de leur énergie (Kelly et al., 2008). La situation de l'enfant a donc un impact sur le milieu familial, tout comme ce dernier a un impact sur son adaptation.

Pronostic à l'adolescence

Les recherches concernant l'adaptation et le pronostic des TED sans DI plus âgés sont encore embryonnaires. Les quelques recherches existantes rapportent le maintien des difficultés sociales et des symptômes anxieux tout au long de l'adolescence (Carbonnel-Chabas & Gepner, 2009; Rao, Beidel, & Murray, 2008; White, Oswald, Ollendick, & Scahill, 2009) dans des proportions semblables à celles de l'enfance. Cette anxiété peut être la résultante de leur sensibilité à l'ostracisme, ce dernier pouvant en lui-même favoriser l'apparition d'un trouble dépressif (Sebastian, Blakemore, & Charman 2009). Sze et Wood (2008) soulignent que le traitement des troubles anxieux doit conjointement cibler l'augmentation des habiletés sociales chez les TED puisqu'ils s'influencent. Enfin, les études soulignent de nouveau que le niveau de QI et les capacités langagières demeurent les prédicateurs les plus efficaces (Myers & Johnson, 2007; Szatmari et al., 2009; Thivierge & Radouco-Thomas, 2001).

Pronostic à l'âge adulte

L'âge adulte comporte son lot de défis. En effet, si aucune intervention n'est effectuée, les difficultés sociales persistent (Rao et al., 2008). De plus, l'autonomie financière n'est pas toujours accessible, bien que plusieurs en aient les capacités. Cette difficulté s'explique par le défi de trouver et de maintenir un travail rémunéré et un milieu de travail qui tolère leurs particularités (Cantin & Mottron, 2004). Ici encore, les habiletés sociales sont centrales dans le monde du travail, que ce soit pour passer une entrevue d'embauche, pour l'intégration à l'équipe de travail ou pour le service à la clientèle (Thivierge & Radouco-Thomas, 2001). La majorité des emplois impliquent l'utilisation quotidienne d'habiletés sociales. Sans emploi, les adultes TED sont alors dépendants de leur famille (Cantin & Mottron, 2004; Thivierge & Radouco-Thomas, 2001). Puisque le travail permet d'être en lien avec des pairs et que c'est le rôle social le plus valorisé pour cette étape de vie, ils vivent un sentiment d'échec et de dépression. Les difficultés à se trouver une compagne et à fonder une famille les marginalisent encore plus (Carbonnel-Chabas & Gepner, 2009; Mackay et al., 2007). La détresse et les troubles psychiatriques, tels les troubles anxieux et les troubles de l'humeur, trouvent alors un milieu propice à leur développement (Mackay et al., 2007; Thivierge & Radouco-Thomas, 2001).

À la lumière de ces théories et caractéristiques, les habiletés sociales sont centrales pour favoriser l'adaptation de la personne à sa société d'appartenance. Les habiletés sociales dépendent des caractéristiques personnelles, mais elles influencent grandement l'adaptation sociale et donc, le pronostic. Puisqu'il est possible de développer les habiletés sociales chez les enfants TED, celles-ci constituent une cible d'intervention de choix afin de prévenir une détérioration du fonctionnement de l'individu à long terme et de favoriser son intégration sociale. La chaîne prédictive résume visuellement les éléments pertinents (Figure 1).

Figure 1. Chaîne prédictive

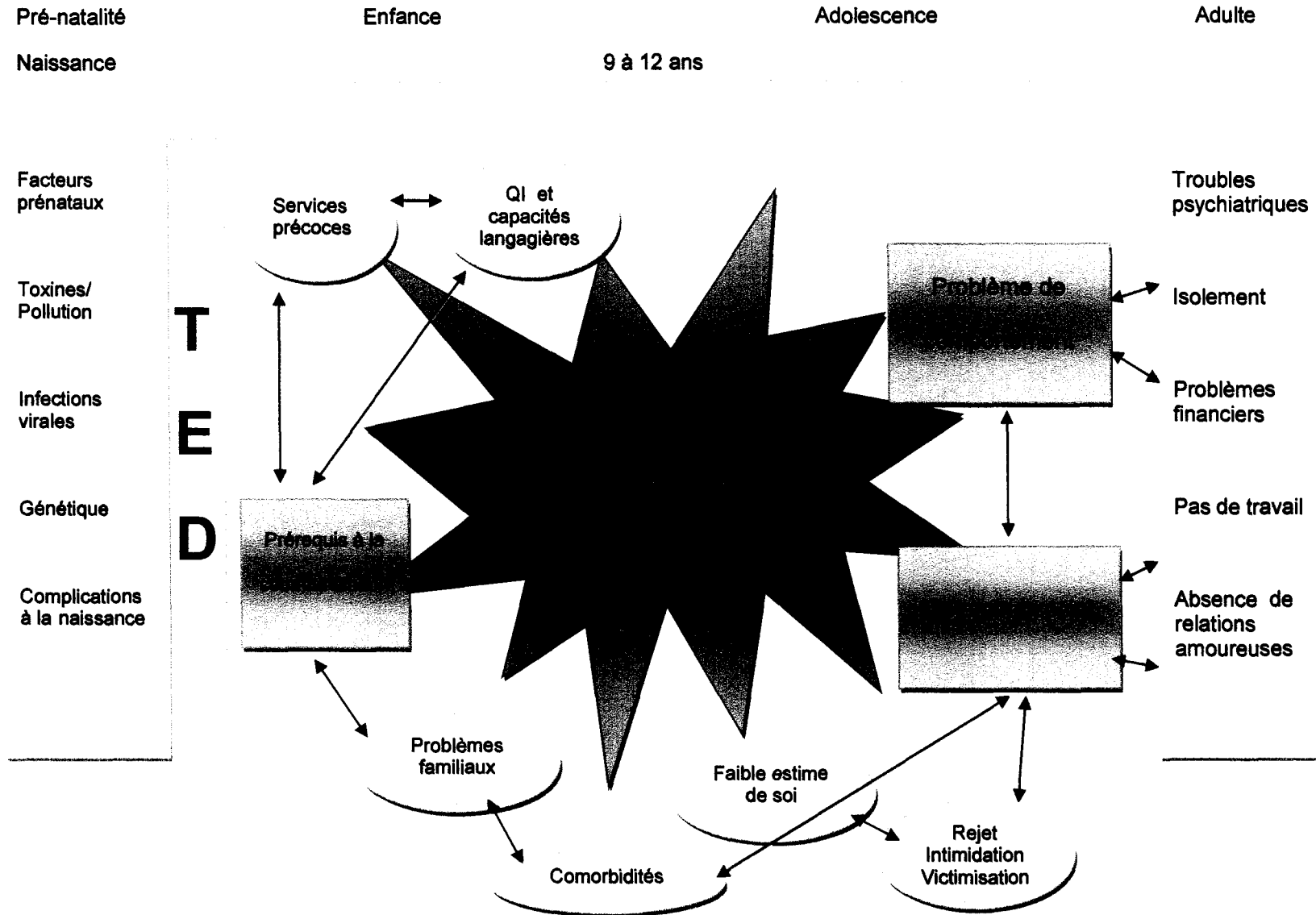


Tableau 4. Interventions expérimentées auprès d'une population semblable et favorisant le développement des habiletés sociales

Auteurs de l'étude	Programme	Caractéristiques des sujets, contexte et modalité	Durée	Devis/ protocole	Résultats proximaux
Bauminger, 2002	Adaptation du <i>Interpersonal Problem Solving Model</i> (Spivack & Shure, 1974) et du <i>I found a solution</i> (Margalit & Weisel, 1990). Trois composantes : Concept d'amitié, éducation sur les émotions et résolution de problème interpersonnel.	15 autistes, sans DI 8 à 17 ans Milieu scolaire Intervention de groupe	Trois heures par semaine 7 mois	ABA	Augmentation de la qualité et non de la quantité des capacités de résolution de problème social. Augmentation des capacités de compréhension des émotions. Augmentation des interactions sociales.
Solomon, Goodlin-Jones et Anders, 2004	Programme maison visant les émotions de base, le langage corporel, les habiletés conversationnelles, l'amitié, l'intimidation, les habiletés de résolution de problèmes. Utilise des jeux de rôles et autres activités.	18 garçons TED, sans DI 8 à 12 ans En clinique : groupe de parents, groupe d'enfants et groupe contrôle	20 rencontres de 1h30 Une fois par semaine	ABA	Pour le groupe d'intervention : augmentation des habiletés de résolution de conflit; augmentation des habiletés de reconnaissance faciale.
Mackay, Knott et Dunlop, 2007	Programme maison visant les habiletés de communication, les habiletés d'amitié et les perspectives sociale et émotionnelle. Utilise des jeux de rôle, des discussions de groupe, des choix indépendants et des jeux divers.	46 TED, sans DI 6-11 ans : 24 jeunes 12-16 ans : 22 jeunes Groupes animés dans les locaux de l'école après les heures de classe	16 rencontres de 1h30 Une fois par semaine	ABA	Augmentation des habiletés et de la compétence sociale, telle que rapportée par les parents et les participants, concernant : tenir compte des contextes sociaux et émotionnels; habiletés de communication; habiletés pour les relations amicales.
Bauminger, 2007a	Programme incluant un apprentissage théorique (vignettes sociales de Gray, 1998) et une mise en pratique à l'aide de jeux de rôle. Vise les habiletés de coopération, les interactions sociales et la résolution de problèmes sociaux.	17 autistes, sans DI 9 Aspergers 8-9 ans Milieu scolaire : sous-groupe incluant pairs typiques	Deux rencontres par semaine 7 mois (sous-groupe) + Une rencontre par semaine en individuel avec le professeur	ABA	Augmentation des habiletés à définir et à reconnaître les émotions, les situations sociales et mieux y répondre. Meilleure perception sociale. Meilleures capacités de résolution de problème.
Barry, Klinger, Lee, Palardy, Gilmore et Bodin, 2003	Programme maison visant l'enseignement d'habiletés conversationnelles et leur utilisation en situation de jeu avec des pairs.	4 autistes, sans DI 6 à 9 ans Milieu clinique Intervention de groupe	8 rencontres de 2hres Une fois par semaine	ABA	Augmentation des habiletés ciblées : initier et répondre aux salutations; initier et répondre aux conversations; répondre et inviter des pairs à jouer.

Interventions déjà expérimentées

Le tableau 4 recense quelques études qui visaient l'augmentation d'habiletés sociales chez des participants présentant des caractéristiques communes à la clientèle ciblée par ce travail. L'intervention auprès des TED sans DI est récente et a fait l'objet de très peu d'études évaluatives. Ces études comportent des échantillons restreints et la plupart n'ont pas de groupe contrôle, ce qui limite l'interprétation des résultats. Il ressort toutefois que les interventions de groupe ciblant les habiletés sociales semblent efficaces lorsque le contenu est adapté aux déficits de cette clientèle. Toutes ces études soulignent le défi de la généralisation des acquis en dehors du contexte d'intervention et la nécessité de viser l'atteinte de petits objectifs à chaque rencontre. Ces interventions ne sont basées sur aucun programme connu, à l'exception de l'intervention de Bauminger publiée en 2002. En effet, l'auteur souligne que son programme est une adaptation du *Interpersonal Problem Solving Model* (Spivack & Shure, 1974 in Bauminger, 2002) et de *I Found a Solution* (Margalit & Weisel, 1990 in Bauminger, 2002). Par contre, l'étude de Bauminger (2007a) utilise une approche connue, soit les scénarios sociaux. Aussi, les effets à moyen et long terme n'ont pas été évalués, mais les effets à court terme sont encourageants. La durée et l'intensité sont variables et l'intervention en petits groupes est privilégiée.

Intervention proposée

De l'enfance à l'âge adulte, les habiletés sociales sont indispensables au développement épanoui de toute personne. En raison des caractéristiques particulières des personnes ayant un TED-NS, les habiletés sociales ne se développent pas de façon naturelle (Kroeger, Schultz, & Newsom, 2007). De cette difficulté résultent de nombreux problèmes quotidiens qui s'accumulent et qui augmentent les risques d'inadaptation sociale et personnelle à plus long terme (voir Figure 1). En ce sens, favoriser le développement des habiletés sociales durant l'enfance constitue une cible privilégiée de prévention des difficultés ultérieures possibles chez cette clientèle.

Peu de programmes visant le développement des habiletés sociales s'adressent spécifiquement aux personnes ayant un TED (McConnell, 2002). Parmi ceux-ci, le *Socio-Guide* (Bernier, Lamy, & Mottron, 2003) développé par la clinique spécialisée des troubles envahissants du développement sans déficience intellectuelle de l'Hôpital Rivière-des-Prairies s'avère tout indiqué. Le *Socio-Guide* s'adresse à une clientèle TED sans DI ayant un niveau verbal suffisant et dont le niveau développemental est d'au moins cinq à sept ans. Il

visé à combler les déficits au niveau des habiletés sociales qui sont présents chez l'ensemble de cette population. Le programme de type réadaptatif vise à ce que les participants deviennent conscients de l'effet de leurs comportements sociaux. Il tient compte des difficultés des TED et de leurs capacités d'apprentissage. Ce programme propose une démarche séquentielle structurée. L'animation s'adresse à un groupe de quatre à six participants. La fréquence des rencontres doit être régulière tout en respectant un délai maximum de deux semaines. Le tableau 5 résume les caractéristiques principales du programme proposé.

Tableau 5. Programme proposé

Auteurs	Nom du Programme	Type d'intervention	Modalités d'intervention
Bernier, Lamy et Mottron, 2003	Socio-Guide	ciblé	Groupe de 4 à 6 participants ayant un diagnostic de TED sans DI.

Quoique ce programme n'ait pas fait l'objet d'une évaluation empirique rigoureuse, il a été appliqué auprès de jeunes TED scolarisés âgés de 10 ans et plus de même qu'auprès de jeunes adultes TED en milieu de travail (Bernier, Lamy, & Mottron, 2003). Il respecte de nombreuses recommandations soulevées dans les écrits scientifiques : (a) la structure est la même d'une rencontre à l'autre afin de sécuriser les participants, étant donné leur grand besoin de prévisibilité, (b) il est très visuel puisque les TED intègrent mieux ce type d'information, (c) il favorise la généralisation des acquis par l'entremise des modalités d'intervention proposées, (d) il concrétise l'abstrait, (e) il utilise un langage simple et (f) il offre différents modes d'apprentissage (Krasny, Williams, Provencal, & Ozonoff, 2003; Kroeger et al., 2007; Paul, 2003). Afin de rentabiliser les ressources, l'intervention n'inclut pas de pairs au développement typique. D'ailleurs, une étude récente démontre que les enfants TED développent plus facilement leurs habiletés lorsque le groupe ne comprend pas de pairs dit normaux (Bauminger, Solomon, Aviezer, Heung, Brown et al., 2008).

MÉTHODOLOGIE

Description

Participants

Un groupe de six jeunes âgés entre dix et douze ans ont pris part au programme. Pour être admissibles au programme, les participants devaient avoir un diagnostic de TED-NS établi par un pédopsychiatre selon les critères du DSM-IV-TR. Étant donné qu'il y avait des places disponibles et que l'intervention était pertinente pour une clientèle TED générale, les diagnostics d'Asperger et d'autisme ont été acceptés. Mis à part la déficience intellectuelle, la comorbidité diagnostique n'était pas un critère d'exclusion; celle-ci a toutefois été notée. Les participants devaient cependant être capables de tolérer la présence des pairs puisqu'il s'agissait d'une intervention de groupe. Aussi, afin de s'assurer du niveau verbal minimal pour bénéficier du programme, les jeunes devaient posséder les acquis du niveau de deuxième année. Enfin, le besoin de développer les habiletés sociales avait été noté par la famille ou les intervenants.

Le recrutement des participants s'est fait d'abord par l'entremise des intervenants œuvrant auprès de la famille. Les intervenants de la Clinique de pédopsychiatrie de Repentigny de même que ceux de l'équipe santé mentale jeunesse première ligne du Nord de Lanaudière ont été invités à nous référer des jeunes répondants aux critères spécifiés au cours du printemps 2010. Les parents ont ensuite été contactés au cours de l'été afin de leur expliquer l'intervention proposée, les modalités, l'implication nécessaire et les autorisations requises. L'annexe 1 du *Socio-Guide* (voir Annexe 1) a été complétée grâce à une entrevue avec le parent afin de cibler les habiletés sociales spécifiques à développer. Ces entrevues se sont déroulées vers la fin août 2010.

Buts et Objectifs

Afin de prévenir l'apparition des difficultés d'adaptation à l'âge adulte, les objectifs poursuivis étaient :

- a) Objectif distal général : l'enfant sera mieux intégré socialement.
- b) Objectif intermédiaire général : l'enfant sera perçu plus positivement par les pairs de sa classe.

c) Objectif proximal général : l'enfant augmentera sa compétence sociale.

d) Objectifs proximaux spécifiques :

L'enfant mettra en pratique les habiletés sociales abordées en contexte contrôlé.

L'enfant mettra en pratique les habiletés sociales abordées en milieu naturel.

Animateurs

Un animateur et un co-animateur furent requis. La présence de deux intervenants a permis d'ajuster les explications du contenu de façon individuelle au besoin. Elle a facilité également la gestion des comportements dérangeants. L'animateur et le co-animateur devaient connaître et maîtriser le contenu du programme. Ils devaient être à l'aise d'animer un groupe de jeunes et idéalement avoir de l'expérience dans ce type d'animation. Les formations en psychoéducation et en éducation spécialisée ont été pertinentes. Une connaissance de la clientèle était essentielle. Des connaissances de base ont été nécessaires pour la projection du matériel visuel. Le dynamisme et les capacités d'adaptation ont été des qualités très utiles.

Programme et contenu

Les habiletés sociales contenues dans le *Socio-Guide* ont été sélectionnées en fonction des difficultés sociales particulières au TED sans DI. Le *Socio-Guide* se divise en huit thèmes. Six des huit thèmes du programme ont été sélectionnés : (a) demander de l'aide, (b) converser, (c) réagir à une critique, (d) réagir à un comportement dérangeant, (e) contrôler ses réactions agressives et (f) comprendre les émotions. Chaque habileté a été décortiquée en étapes. Par exemple, pour demander de l'aide, il fallait d'abord se rendre compte que l'on a besoin d'aide. Ensuite, il fallait demeurer calme, identifier quelqu'un qui peut nous aider, formuler la demande d'aide et enfin, réagir adéquatement à la réponse reçue.

Deux thèmes ont été retirés. Le thème traitant du développement des relations d'amitié s'éloignait des besoins actuels des sujets et la maîtrise des autres habiletés nous semblait préalable. Le thème portant sur l'auto-évaluation de ses compétences a également été retiré compte tenu de la courte durée de l'intervention et du faible impact de cette lacune sur le vécu quotidien des sujets.

Contexte spatial

Une salle permettant des tâches de type table et de l'espace pour les jeux de rôle a été utilisée. Une des salles du CLSC de Saint-Esprit a été réservée. Un petit local adjacent était disponible afin de permettre à un participant désorganisé de reprendre le contrôle si le besoin se faisait sentir.

Contexte temporel

Quatorze rencontres étaient prévues s'étendant du 13 septembre 2010 au 13 décembre 2010, à raison d'une rencontre par semaine. La durée prévue des rencontres était d'une heure trente minutes. Les rencontres en matinée ont été privilégiées afin de maximiser l'attention et la concentration des jeunes. Les rencontres ont toujours eu lieu le lundi matin afin de respecter le besoin de prévisibilité des jeunes et de faciliter l'organisation parentale; ce choix reposait aussi sur la disponibilité des locaux. Cela impliquait que les jeunes s'absentent de l'école.

La structure a été la même d'une rencontre à l'autre et se divisait en neuf étapes, soit (a) l'accueil, (b) le retour sur la semaine précédente, (c) le contenu théorique, (d) une pause breuvage, (e) la présentation d'un modèle (vidéo), (f) les jeux de rôle, (g) une pause collation, (h) l'observation en situation de jeux et (i) la récapitulation. Le temps passé à chacune de ces étapes variait en fonction de l'attention des sujets et de la complexité de l'habileté présentée. Telles que suggérées par les auteurs du programme, deux collations ont été introduites, toujours dans le but de maximiser l'attention. Il n'était pas exclu d'ajouter d'autres petites pauses au besoin.

Moyens de mise en relation, stratégies de gestion des apprentissages et stratégies de gestion des comportements

Le *Socio-Guide* comprenait (a) un guide de l'animateur, (b) des acétates illustrés, (c) des photographies des émotions, (e) des petites fiches illustrées pour les participants et (f) une vidéocassette présentant des modèles d'habiletés sociales. Les acétates présentant le contenu théorique comprenaient des indices imagés afin de faciliter l'apprentissage et de soutenir la mémorisation des sujets. La présentation d'un modèle se faisait à l'aide du visionnement de séquences vidéo. Le langage utilisé était simple et concret. Les jeux de rôle mettaient le sujet en action et favorisaient l'appropriation. Les jeux de rôle constituaient le

moment le moins directif du programme. Les petites fiches illustrées avaient pour but de favoriser la généralisation en donnant accès au sujet aux contenus théoriques exposés.

La gestion des comportements comportait deux niveaux. Le premier donnait aux jeunes le support nécessaire en utilisant le renforcement verbal, en nommant clairement les attentes comportementales et en effectuant des rappels. Le second niveau exerçait un contrôle externe par la mise en place d'un système de renforcement contingent aux comportements sociaux positifs et par le retrait en cas de comportement irrespectueux.

Code et procédures

Certaines valeurs ont soutenu la mise en place de l'intervention. D'abord, la certitude que chaque être humain possède le potentiel nécessaire à son actualisation (aller au bout de son potentiel, se réaliser au plan personnel) et qu'il mérite en tant qu'être humain la reconnaissance de sa valeur. Aussi, la confiance que cette clientèle était en mesure d'apprendre, de faire des choix et de surmonter ses difficultés. En ce sens, chaque être humain a le droit de faire partie intégrante de sa société et cette dernière se doit de le soutenir au mieux de ses capacités. Ces valeurs devaient transparaître dans la relation d'aide et dans l'attitude des animateurs.

De façon plus opérationnelle, le respect de tous a été d'une importance capitale afin de favoriser un climat propice aux apprentissages. Il était interdit de frapper ou d'insulter les autres et de briser les objets. Aussi, le plaisir devait avoir une place importante afin de soutenir la participation et la motivation des sujets et des animateurs. De ce fait, les activités n'étaient pas une compétition ou un examen, tous avaient droit à l'erreur. Enfin, la participation aux mises en situation et aux jeux de rôle était demandée dans le but de rendre le tout dynamique.

Système de responsabilité

L'animateur était responsable de la réservation de la salle et de sa préparation, de même que de la disponibilité du matériel nécessaire. Il prenait en charge le recrutement des participants, de même que la coordination des rencontres avec les parents. De plus, l'animateur s'est assuré que le co-animateur comprenait le déroulement de chaque activité, incluant l'approche proposée. L'animateur et le co-animateur se sont occupés de l'aménagement du local avant chaque rencontre. Ils partageaient également la responsabilité de discuter des réajustements nécessaires après chaque rencontre au regard de

l'aménagement, du matériel, du contenu abordé, mais aussi de l'animation et des rôles de chacun. Les jeunes étaient, quant à eux, responsables de leur participation. Les parents devaient assurer le transport de leur enfant et aviser l'animateur en cas d'absence.

Stratégie de transfert et de généralisation

Une lettre informant brièvement de l'habileté abordée était remise à chaque semaine aux parents, de même qu'au milieu scolaire par l'entremise du sac d'école (pour un exemple voir Annexe 2). Cette lettre visait à les informer de l'habileté enseignée, de même que des moyens suggérés à l'enfant en les référant au carnet individuel. Le programme comprenait en soi une période de généralisation immédiate où les sujets étaient en situation non dirigée, de même qu'un carnet individuel que chaque sujet pouvait amener avec lui en tout lieu.

Système d'évaluation et de reconnaissance

Un certificat a été remis à chaque participant à la fin du programme afin de souligner de façon individuelle la contribution du jeune au processus du groupe. Tout au long des rencontres, l'observation participante et le renforcement positif verbal ont été utilisés. Enfin, un système de renforcement visuel (collants) permettait de souligner de façon individuelle l'émission de comportements sociaux adéquats et la participation.

Évaluation de la mise en œuvre

Puisque le temps et les ressources nécessaires étaient limités, quatre composantes ont été retenues afin d'évaluer la mise en œuvre (Tableau 6) : la conformité, l'exposition, le débordement et la qualité de la participation. Ce choix repose sur l'importance d'identifier à la fois le contenu qui avait été prévu à l'horaire et celui qui a été effectivement livré. Vu les caractéristiques particulières des participants, la présence aux rencontres n'était pas tributaire du contenu reçu, c'est pourquoi une attention particulière sur la participation était nécessaire. Aussi, afin de vérifier si les effets résultaient du programme, il était essentiel de mesurer la quantité de contenu livré et les débordements du programme.

L'exposition et la conformité au programme ont été évaluées par l'animateur à la fin de chaque rencontre. Tous les éléments nécessaires se retrouvaient dans le journal de bord de l'animatrice (Annexe 3). Cette dernière cochant tous les sujets abordés et justifiait du même coup les discordances. Une section descriptive était également prévue afin que soient notés les situations particulières ou les contenus abordés qui n'avaient pas été prévus. Par

exemple, une désorganisation majeure d'un participant pouvait nécessiter des interventions sur les autres jeunes. Les débordements ont été évalués à l'aide du questionnaire maison (Annexe 4) rempli par le parent en post-test et par une question ajoutée à la suite du *Questionnaire sur les habiletés sociales de l'enseignant* (Annexe 5). La médication prise au début et à la fin de l'intervention a été notée. De plus, la qualité de la participation des jeunes a été évaluée à l'aide d'une grille d'observation (Annexe 6) pour chaque sujet durant l'animation du programme. Cette évaluation a été effectuée par l'animatrice grâce au visionnement des enregistrements des jeux de rôle. Enfin, pour optimiser la mise en œuvre, l'animatrice utilisait le manuel du programme. Le Tableau 6 résume le contenu et les étapes de l'évaluation de la mise en œuvre.

Tableau 6. Évaluation de la mise en œuvre

Composante	Instrument de mesure (source d'évaluation)	Variables dérivés	Temps de mesure
Conformité	Journal de bord (animatrice)	Nombre d'ateliers réalisés, contenu abordé. Pour chacun des ateliers, les neuf étapes ont été réalisées ou non : a) l'accueil, (b) le retour sur la semaine précédente, (c) le contenu théorique, (d) une pause breuvage, (e) la présentation d'un modèle (vidéo), (f) les jeux de rôle, (g) une pause collation, (h) l'observation en situation de jeux et (i) la récapitulation.	T4 à T11
Exposition	Journal de bord (animatrice)	La présence de chacun des participants aux ateliers. La durée de l'isolement d'un participant s'il y a lieu.	T4 à T11
Qualité de la participation	Grille d'observation (animatrice) Vidéo	Pour chacun des participants, la participation aux jeux de rôle et la prise de parole (questions, commentaires, support aux pairs).	T4 à T11 durant les jeux de rôle
Débordement	Questionnaire maison (parent)	Autres interventions que l'enfant ou les parents reçoivent durant le programme, dont la médication.	Janvier 2011
	Journal de bord	Contenu abordé non prévu ou situation particulière.	T4 à T11

Note : T1, T2, T3, T12, T13 et T14 correspondent aux rencontres de niveau de base; T4 à T11 correspond aux huit rencontres d'implantation du programme auprès des jeunes.

Évaluation des effets

Le groupe visé par notre intervention comprenait six participants; il constituait donc un protocole à cas unique. Compte tenu du contexte d'implantation clinique, des ressources financières et humaines disponibles mais limitées, un devis quasi expérimental à série temporelle (OOOXOOO) fut privilégié. Ce devis a débuté par trois mesures servant de niveau de base, l'intervention a ensuite été implantée (X) et s'est terminée avec trois prises de mesures. Ce type de devis permet d'indiquer la présence ou non d'effets de l'intervention selon les mesures prises avant et après l'intervention. Compte tenu que notre intervention visait l'apprentissage et l'utilisation d'habiletés sociales, une augmentation des habiletés sociales globales était attendue suite à l'implantation du programme (T14 vs T1). Il fut aussi décidé d'évaluer les habiletés sociales spécifiques enseignées à chaque rencontre, au regard du contenu abordé.

Pour évaluer l'augmentation globale des habiletés sociales en milieu naturel, l'Annexe 1 du *Socio-Guide* fut utilisée via une entrevue avec le parent, une première fois en août 2010, avant l'intervention, et puis en janvier 2011, après l'intervention. Aussi, le *Questionnaire sur les habiletés sociales* (QEHS) de Fortin, Royer, Marcotte, Potvin et Joly (2001) fut rempli par le parent et l'enseignant en septembre 2010, de même qu'en janvier 2011 (voir Annexe 7). Le QEHS est la traduction québécoise du *Social Skills Rating System* (Gresham & Elliot, 1990 cité dans Fortin et al., 2001), questionnaire souvent utilisé dans les études recensées (par ex.: Barry et al., 2003; Bauminger, 2002; Macintosh & Dissanayake, 2006; Spence, 2003; White et al., 2007). Le QEHS a fait l'objet d'analyses factorielles indiquant que cette version québécoise possède la même structure factorielle que la version américaine. Il est l'un des rares outils québécois évaluant les habiletés sociales pour lequel une étude de validation existe. Une discussion avec madame Lamy, une des concepteurs du *Socio-Guide*, nous a permis d'apprendre que le questionnaire sur les habiletés sociales (Annexe 1) comprend des items pertinents à une clientèle TED, lesquels furent tirés de plusieurs questionnaires. Ces questionnaires permettront de dégager une vision générale des habiletés sociales exercées en contexte naturel. À l'inverse, l'observation de la mise en pratique des étapes du contenu lors des jeux de rôle nous permettra de porter un jugement clinique sur les acquis et sur les difficultés rencontrées. Par exemple, un jeune peut être capable d'émettre une habileté avec de simples rappels des notions alors qu'un autre peut être incapable d'appliquer les étapes même avec du soutien. Cette analyse permet d'ajuster les interventions aux défis propres à chaque sujet.

Lors de l'acceptation de la participation du jeune par les parents, une entrevue fut effectuée avec ces derniers afin de compléter le questionnaire d'habiletés sociales (Annexe 1), de signer le formulaire de consentement (Annexe 8), de signer le contrat d'engagement (Annexe 9) et de répondre à leurs questions. Cette entrevue visait aussi à créer un lien de confiance avec le parent. Ces entrevues se sont tenues au mois d'août, selon la disponibilité du répondant. L'émission des étapes spécifiques à chaque habileté présentée fut codée à l'aide d'une grille maison (Annexe 10) par l'animateur et un observateur indépendant pour chacun des sujets. Le codage s'est effectué à partir des enregistrements vidéo de chaque rencontre en ciblant la partie des jeux de rôles. Chacune des habiletés a été décortiquée en comportements spécifiques, les mêmes qu'enseignés aux jeunes. L'observateur devait coter si le comportement était présent, puis s'il était spontané ou exhibé suite à un rappel verbal, à un modèle ou du soutien. Le Tableau 7 résume l'évaluation des effets prévus.

Tableau 7. Évaluation des effets

Objectifs	Instrument de mesure (source d'évaluation)	Variabes dérivées (nombre d'items)	Temps de mesure	Mesures	Caractéristiques psychométriques	Cible de l'évaluation
Augmenter la fréquence des habiletés sociales émises en contexte contrôlé	Grille d'observation Vidéo (animateur et observateur indépendant)	Comportements émis	T1 à T14 durant les jeux de rôle	Émission spontanée, suite à un rappel verbal, suite à un modèle ou du soutien, non émission ou non observation	Accord inter juge d'au moins 70% sur 20 % des bandes	jeune
Augmenter la fréquence des habiletés sociales émises en contexte naturel	QEHS (parent, enseignant).	Habiletés sociales, (parent 38 items) (enseignant 19 items)	Entre T1 et T3 et janvier 2011	Échelle de Likert en six points	Test-retest 0,90 Alpha de Cronbach 0,90. Consistance interne allant de 0,79 à 0,92. (Données valides pour la version échelle de Likert en trois points)	jeune
Augmenter la fréquence des habiletés sociales émises en contexte naturel	QEHS (parent)	Habiletés sociales (38 items).	Août 2010 et janvier 2011	Jamais, parfois, souvent, toujours	Non disponible	jeune

Note : T1, T2, T3, T12, T13, T14 correspondent aux mesures de niveau de base; T4 à T11 correspond aux huit rencontres d'implantation du programme auprès des jeunes.

RÉSULTATS

Évaluation de la mise en œuvre

Comparaison entre le prévu et le vécu

Parmi les composantes planifiées, quelques-unes ont subi des modifications. Par souci de concision, seules ces dernières seront abordées. Le Tableau 8 présente les caractéristiques des six jeunes recrutés. Bien que le recrutement et les critères aient été appliqués tels qu'il avait été planifié, des changements sont survenus en cours d'intervention. Dès les premières rencontres, certains parents ont échangé sur l'expérience de leur enfant dans les différentes classes. Cette discussion a incité la mère de Joey (nom fictif) à vouloir le réintégrer à l'école; il a été admis en classe de soutien émotif (classe spécialisée à effectif réduit) à l'école secondaire de son quartier. Par ailleurs, au cours du mois de novembre, Cathy a été évaluée afin de valider les diagnostics émis quelques années plus tôt. Finalement, le seul diagnostic retenu par le pédopsychiatre fut un trouble de l'attachement. Enfin, Jojo fut évalué par la psychologue en milieu scolaire et un diagnostic de déficience intellectuelle légère a été annoncé à la mère durant le mois de janvier 2011. Sans avoir d'effet direct sur l'intervention proposée, ces faits ont un impact sur les caractéristiques des participants et donc sur leur capacité ou leur disponibilité à recevoir le contenu proposé.

Tableau 8. Caractéristiques des participants

Nom fictif	Genre	Âge en août 2010	Diagnostics en août 2010	Diagnostics en janvier 2011	Type de classe
Samy	M	10	TED TDA/H Tr. de l'acq. de la coordination Tr. de la modulation sensorielle	Idem	Teacch
Bobby	M	10	TED TDA/H Tr. de la modulation sensorielle	Idem	Soutien émotif
Jojo	M	11	Autiste TDA/H	Autiste TDA/H Déf. intellectuelle légère	Teacch
Max	M	11	Asperger TDA/H Tr. obsessionnel compulsif	Idem	Teacch
Cathy	F	11	TED-NS TDA	Tr. de l'attachement	Régulière
Joey	M	12	TED-NS TDA/H Tr. de la modulation sensorielle	Idem	Maison/ Soutien émotif

Le contexte temporel a également subi des modifications. Sur les quatorze rencontres prévues, douze ont été tenues. En effet, la rencontre du 11 octobre a été annulée à la demande de plusieurs parents car elle correspondait à une journée fériée et les familles prévoyaient des événements spéciaux. La rencontre du 22 novembre a dû être annulée à cause d'une tempête de neige. Ces événements nous ont obligées à choisir entre l'application du programme telle que prévue ou le maintien de la qualité du devis d'évaluation des effets. Nous avons opté pour l'animation complète du contenu du programme telle que prévue initialement et ce, pour les raisons suivantes : premièrement, les habiletés traitées à la fin du programme étaient les plus problématiques dans le quotidien des jeunes et donc, les plus utiles à aborder; deuxièmement, lors du recrutement, nous avons annoncé les habiletés qui seraient enseignées et c'est dans ce contexte que les parents ont donné leur accord; finalement, nous jugions dommageable pour les jeunes de manquer l'école uniquement afin que nous puissions obtenir nos niveaux de base finaux. Ainsi, nous avons animé le programme tel que prévu en empiétant sur les rencontres prévues à la fin pour évaluer les effets. Il est clair que cette décision a eu un impact majeur sur notre capacité à interpréter les résultats. Ce point sera repris dans la section de l'évaluation des effets.

En ce qui concerne le contexte spatial, la grande salle du CLSC a été utilisée tel que prévu. L'animatrice a pris davantage de temps que prévu pour préparer la salle avant chaque rencontre. En moyenne, 60 minutes ont été nécessaires à chaque rencontre. En effet, d'une semaine à l'autre, de nouveaux meubles étaient disposés dans les locaux. De plus, les utilisateurs précédents ne remettaient pas en place le mobilier. Qui plus est, malgré les affiches « ne pas déranger » installées sur les portes, le personnel du CLSC est parfois entré dans le local durant notre animation afin d'aller se procurer de l'eau, par exemple. Quoique cela ait eu peu d'impact concrètement, cela aurait pu suffire à désorganiser le groupe si les jeunes avaient eu moins de capacités d'adaptation. De plus, le local que nous avons réservé dans l'éventualité qu'un jeune perde le contrôle fut parfois utilisé par le personnel pour des rencontres. Ensuite, dans un contexte de pénurie de locaux, l'administrateur a décidé de transformer le local en bureau d'intervenant. Nous n'avons pas été informées de cette décision. L'administrateur nous proposait alors un local se situant sur un autre étage. Nous avons donc établi une entente avec une des intervenantes qui avait son bureau près de la salle. Ici encore, grâce aux bonnes capacités d'adaptation des participants et à la collaboration de cette intervenante, ces imprévus n'eurent pas d'impact sur l'intervention, sinon un stress supplémentaire à l'animatrice!

Les stratégies de gestion des comportements ont été globalement appliquées telles que prévues. Cependant, lors de la neuvième rencontre, un seul collant a été attribué aux participants. L'habileté abordée durant cette rencontre était de réagir à un comportement dérangeant. Afin de bonifier l'apprentissage des participants, l'animatrice avait sélectionné des extraits de vidéo de rencontres précédentes où les participants avaient démontré cette habileté avec succès. Le contenu théorique a également suscité de nombreuses interventions de la part des participants, ce qui a allongé le temps passé au contenu théorique. Une attention a donc été portée au contenu rapporté par les sujets et à l'utilisation de ce contenu. L'animatrice a oublié d'utiliser les collants et n'a pas vu le temps passer. Aussi, lors de la dernière rencontre, la remise des diplômes et le contexte un peu festif suppléaient aux collants. Le Tableau 9 permet aussi d'observer que cette stratégie de renforcement a été davantage utilisée au début des rencontres qu'à la fin.

Tableau 9. Nombre de collants octroyés par rencontre

Rencontre	T1	T2	T3	T4	T5	T6	T7	T8	T9	T10	T11	T12	T13	T14
Samy	—	9	8	4	—	5	6	4	1	6	—	5	2	2
Bobby	5	10	7	3	—	4	5	—	1	4	—	4	2	1
Jojo	6	9	10	3	—	6	6	5	1	5	—	5	3	2
Max	7	10	6	4	—	4	4	6	1	2	—	5	2	1
Cathy	6	9	7	3	—	5	3	4	1	3	—	5	3	1
Joey	5	10	6	—	—	5	—	4	1	—	—	—	—	—

Note : le programme a été animé de la rencontre 4 à la rencontre 13 inclusivement; --- correspond à l'absence du participant.

Évaluation de la mise en œuvre

La conformité au programme a été évaluée à l'aide du journal de bord (Annexe 3). L'animatrice devait cocher si chacune des neuf étapes avait été abordée ou non et commenter au besoin. Afin d'évaluer la conformité, l'étape était considérée comme non abordée si l'animatrice notait un commentaire faisant douter de la qualité du contenu livré, par exemple « abordé très rapidement ». De plus, chacune des étapes, qu'elles comportent un contenu théorique ou une collation, représentent un pourcentage équivalent de conformité indépendamment de sa valeur clinique ou temporelle. Par exemple, la récapitulation qui durait en moyenne cinq minutes représente le même pourcentage que le contenu théorique

participation est attribuable à l'animation puisque beaucoup de temps a été passé sur le contenu théorique et les discussions. Le temps attribué au jeu de rôle a été d'environ six minutes pour six participants présents comparativement à plus de 15 minutes pour les autres rencontres. L'absence de données pour un participant correspond à une absence de point de mesure lors de cette rencontre, par exemple pour Bobby à T8 (voir Figure 2).

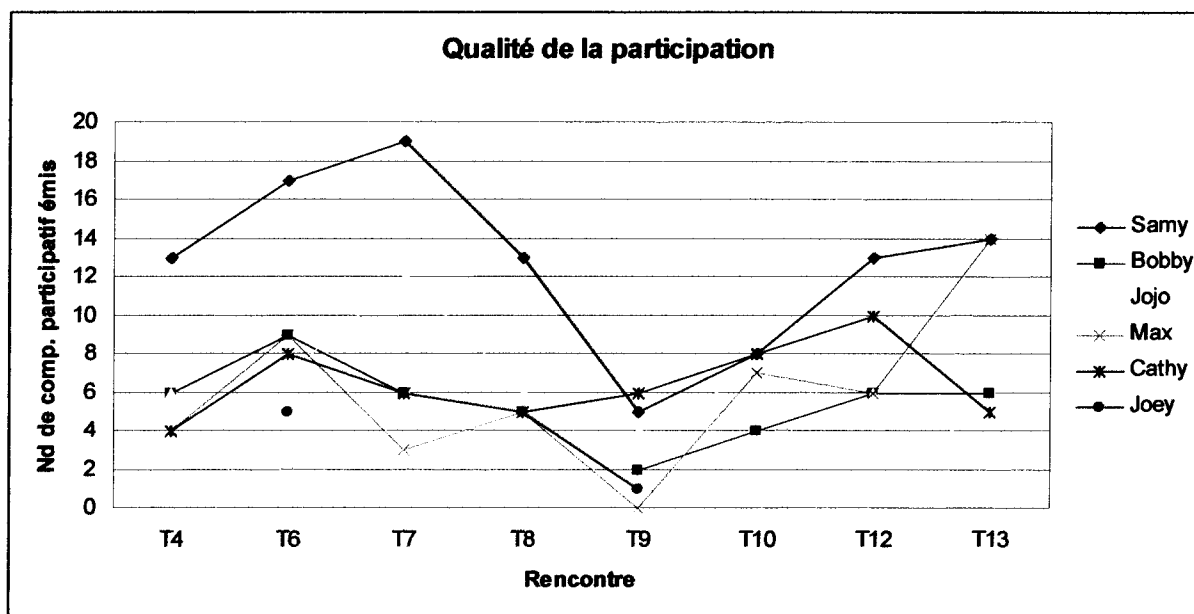


Figure 2. Qualité de la participation

Afin d'évaluer le débordement, un questionnaire (Annexe 4) a été complété par le parent et une question a été ajoutée au questionnaire de l'enseignant (Annexe 5, troisième question). La mère et la professeure de Jojo n'ont pas complété les questionnaires post-intervention. Le débordement a donc été évalué pour seulement cinq des participants. Aussi, puisque la mère de Joey s'occupait de la scolarisation de son fils depuis quelques années, nous n'avons pas interpellé le professeur pour l'évaluation post-intervention malgré son intégration en milieu scolaire en cours d'intervention. De plus, trois de nos participants ont subi un changement de médication durant l'intervention ou durant les mesures post-test, soit Bobby, Max et Cathy. Il est possible que ces changements aient eu un impact, soit positif soit négatif, sur les comportements observés ou sur la disponibilité des participants. L'analyse des effets devra tenir compte de ces changements. Selon les mères, aucun des enfants n'avait participé à d'autres interventions professionnelles depuis le mois d'août. En ce qui concerne le milieu scolaire, à la question «L'élève a-t-il participé à des interventions en milieu scolaire depuis le début de l'année scolaire? Si oui, avec quel intervenant (ex :TES) et quels

étaient les objectifs?», deux répondants sur quatre nous ont mentionné qu'aucune intervention n'avait été effectuée par le CLSC ou un intervenant externe. Ces réponses nous donnent peu d'information sur la nature des interventions reçues en milieu scolaire et sous tendent une compréhension ambiguë de la question. Cathy a reçu du soutien ponctuel de l'éducatrice spécialisée lors de conflits, tandis que Samy a participé à des ateliers s'adressant à toute sa classe visant le développement d'habiletés sociales (gérer les différences, vivre en groupe et savoir gérer une amitié). Ce participant a donc été plus exposé que les autres à un contenu qui recoupe celui qui fut présenté dans le programme. Enfin, aucun contenu non prévu n'a été abordé durant l'animation.

Évaluation des effets

Stratégie d'analyse employée

Le devis initial sélectionné était de type quasi expérimental à série temporelle (OOOXOOO). La présence d'un groupe contrôle aurait été souhaitable et aurait permis de contrôler plusieurs sources d'invalidité interne dont la maturation, l'historique et la sélection des sujets, la régression vers la moyenne, l'effet de mesure et d'instrumentation. Le recrutement des participants étant particulièrement difficile de même que des enjeux éthiques concernant les sujets ciblés limitent la bonification de ce devis. Par exemple, il aurait été discutable de faire déplacer davantage les jeunes et leurs parents, manquant ainsi respectivement l'école et le travail, afin de bonifier le devis, alors que cela occasionne des impacts négatifs pour les participants. Compte tenu des choix effectués et rapportés précédemment, le devis final a perdu en qualité. En effet, l'objectif d'augmenter les habiletés sociales en contexte contrôlé n'a pu être évalué puisque les temps de mesure servant de niveau de base ont été diminués. De ce fait, la grille d'observation maison (Annexe 10) servant à codifier les comportements émis durant le jeu de rôle par chaque participant n'a pas été expérimentée. L'objectif visant à évaluer l'augmentation des habiletés sociales émises en milieu naturel a toutefois été réalisé. Le protocole final est de type pré-expérimental pré-test et post-test à groupe unique (OXO). Ainsi, les données recueillies seront analysées de façon descriptive grâce à des tableaux et des figures. Il sera possible de voir l'évolution de chaque participant selon la perception des parents et des enseignants.

Résultats

Les habiletés sociales émises en contexte naturel, soit à l'école et à la maison, ont été respectivement évaluées par les enseignants et les parents à l'aide du QEHS à deux reprises; en pré-test en septembre 2010 et en post-test en janvier 2011. Rappelons que pour Joey, il y a absence de perception de l'enseignant étant donné qu'il était scolarisé par sa mère depuis quelques années. De plus, en mesure post-test, ni le parent ni l'enseignant de Jojo n'ont retourné les questionnaires. Ces données manquantes sont représentées sur les figures par une absence de bandes aux endroits correspondants. Les Figures 3 à 7 représentent les différentes échelles selon l'évaluateur.

La Figure 3 nous permet d'observer que pour Samy, Bobby et Cathy le parent perçoit une amélioration des habiletés de coopération, tandis que pour Joey, il y a une légère détérioration. L'enseignant de Samy perçoit une amélioration, tandis que ceux de Bobby et Max perçoivent une détérioration. L'enseignant de Cathy ne perçoit aucun changement. En somme, trois parents sur cinq perçoivent une amélioration et deux sur cinq perçoivent une diminution des habiletés de coopération. Pour les enseignants, un sur quatre perçoit une amélioration, deux sur quatre perçoivent une diminution et un sur quatre perçoit un maintien.

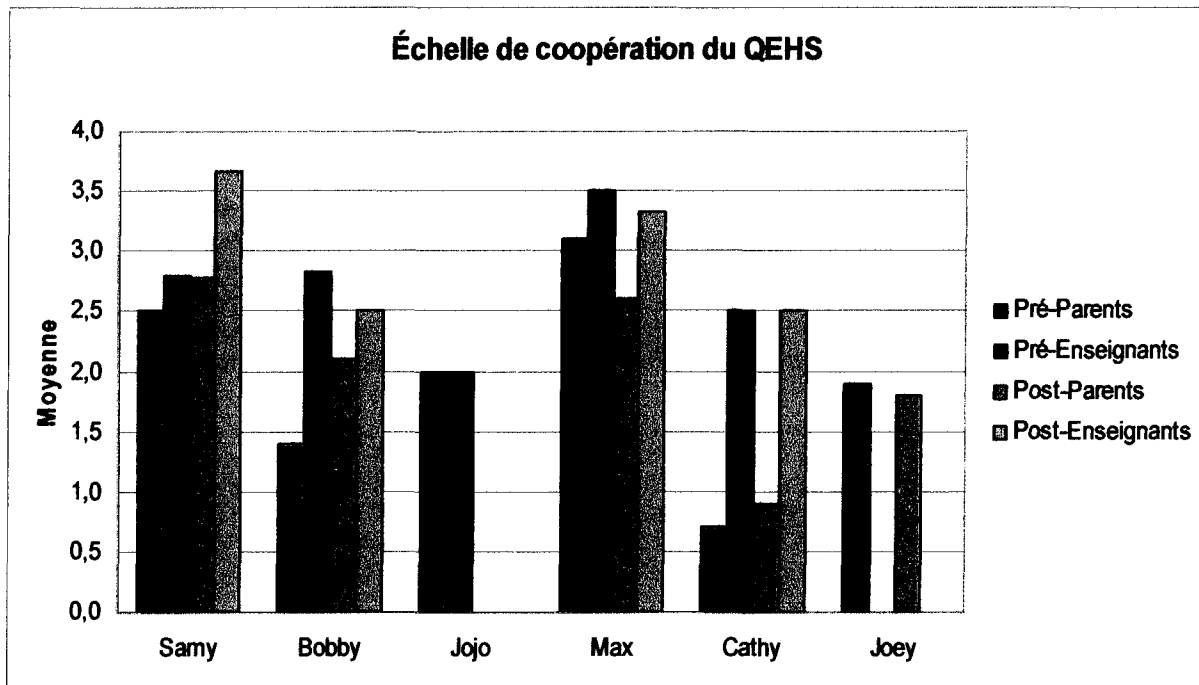


Figure 3. Perception des répondants recueillie à l'aide du QEHS - Échelle de coopération

La Figure 4 nous révèle qu'en ce qui concerne les habiletés d'affirmation de soi, les parents de Bobby, Max, Cathy et Joey rapportent une légère augmentation, tout comme les enseignants de Samy et Max. Au contraire, le parent de Samy rapporte une baisse, tout comme l'enseignant de Cathy. L'enseignant de Bobby ne perçoit aucune différence. Ainsi, quatre des cinq parents perçoivent une amélioration et un sur cinq perçoit une diminution. Pour les enseignants, c'est plutôt deux sur quatre qui perçoivent une amélioration, un sur quatre qui perçoit une stabilité et un sur quatre qui perçoit une diminution des habiletés d'affirmation de soi.

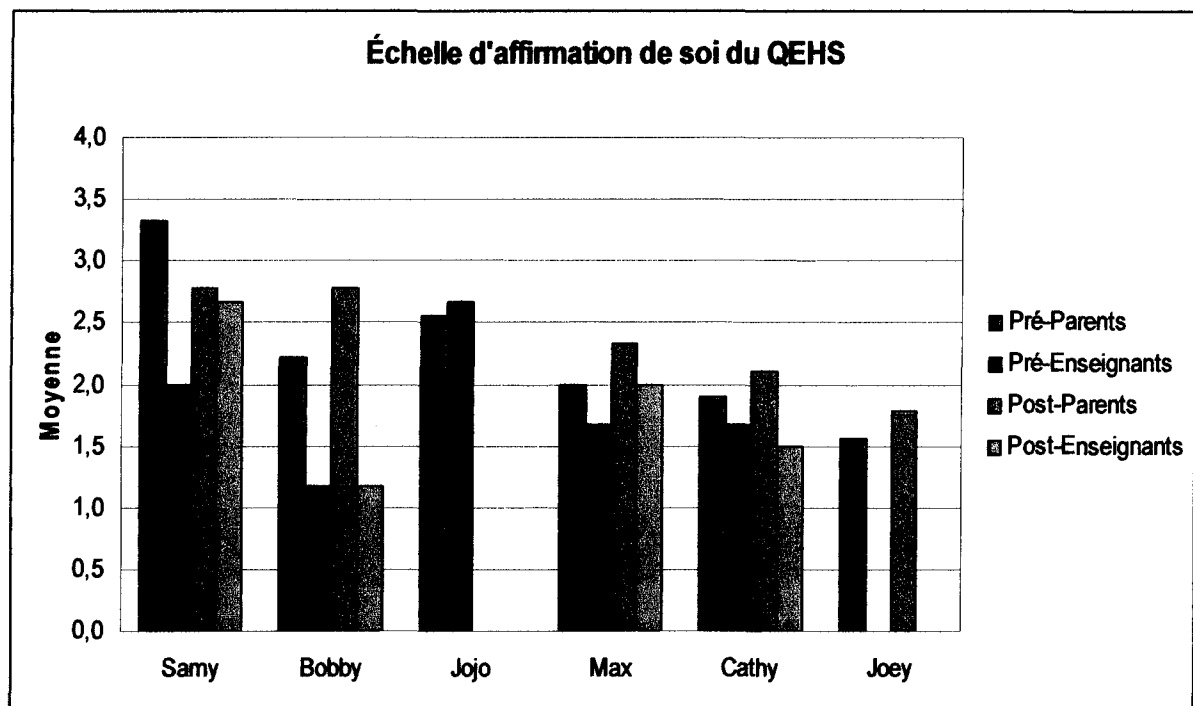


Figure 4. Perception des répondants recueillie à l'aide du QEHS - Échelle d'affirmation de soi

La Figure 5 représente les perceptions des répondants en ce qui concerne les habiletés d'autocontrôle. Ainsi, les parents de Samy et Joey, de même que les enseignants de Bobby et Cathy rapportent une diminution des habiletés d'autocontrôle. À l'inverse, les parents de Bobby, Max et Cathy perçoivent un changement positif. Aucune différence n'est rapportée par les enseignants de Samy et Max. Donc, trois parents sur cinq perçoivent une amélioration contre deux sur cinq qui perçoivent une diminution. Du côté des enseignants, aucun ne perçoit une amélioration, deux sur quatre perçoivent une détérioration et deux sur quatre perçoivent le maintien des habiletés d'autocontrôle.

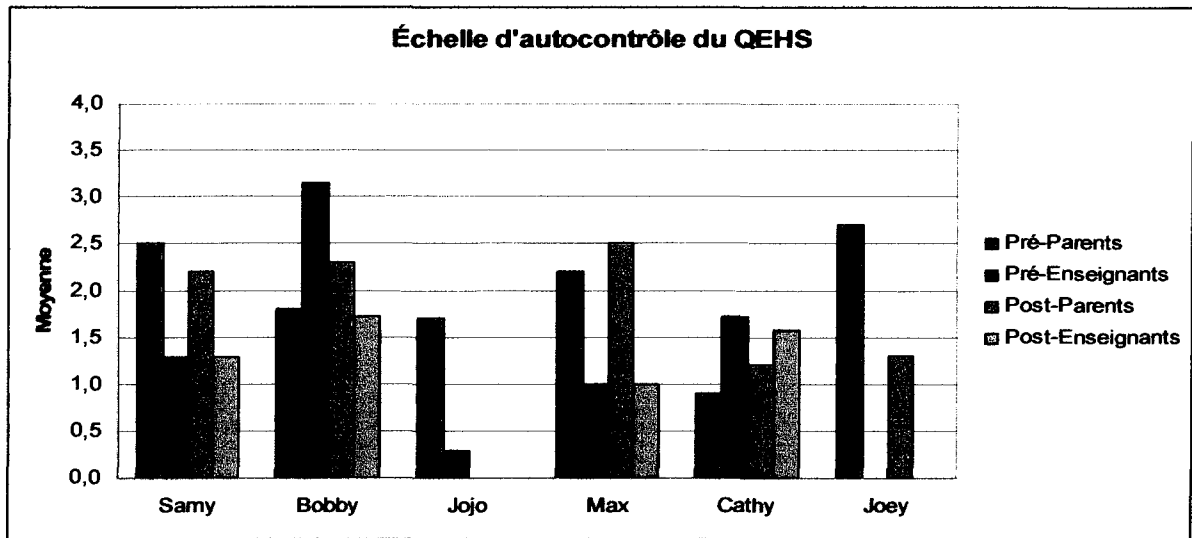


Figure 5. Perception des répondants recueillie à l'aide du QEHS - Échelle d'autocontrôle

La Figure 6 représente l'échelle de responsabilité. Cette échelle n'est recueillie que par le questionnaire des parents. Pour Samy et Max, aucune différence n'est perçue. De plus, ces deux participants obtenaient déjà une moyenne élevée concernant cette échelle comparée aux autres participants. Pour Bobby et Cathy, une amélioration est perçue par les parents. Pour Joey, une légère diminution est notée. Pour Jojo, l'absence de mesure post-test limite toute observation. Somme toute, deux parents sur cinq perçoivent une amélioration, un sur cinq perçoit une diminution et deux sur cinq perçoivent le maintien des habiletés de responsabilité.

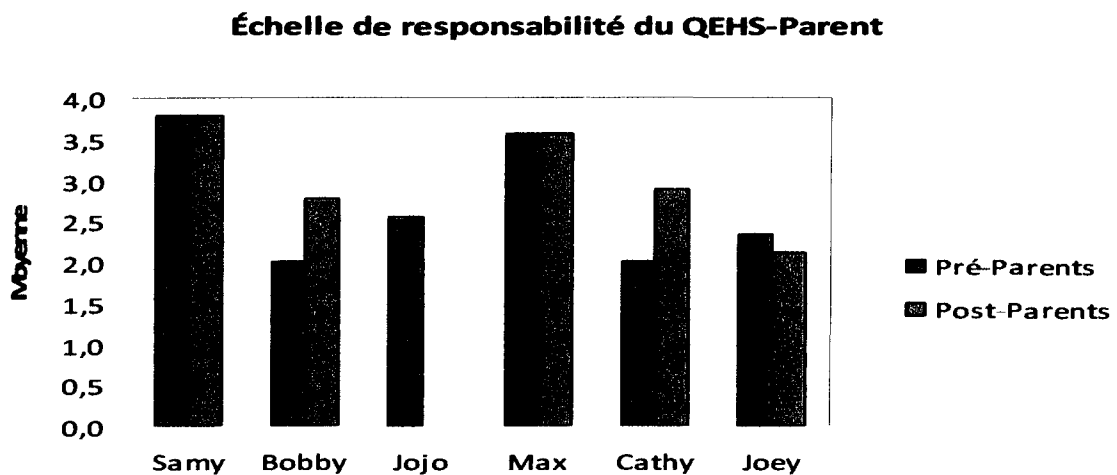


Figure 6. Perception des parents recueillie à l'aide du QEHS - Échelle de responsabilité

La Figure 7 représente la moyenne des scores obtenus aux items de l'Annexe 1 du *Socio-Guide*. Ce questionnaire a été rempli uniquement par les parents en août 2010 et en janvier 2011; il représente l'ensemble des habiletés abordées par le *Socio-Guide*. Ainsi, quatre participants sur six sont perçus plus positivement par leur parent. Joey se démarque par une détérioration de ses habiletés telles que perçues par son parent à l'aide de ce questionnaire. Ici encore, il est impossible d'interpréter l'évolution de Jojo dû à l'absence de mesure post-test.

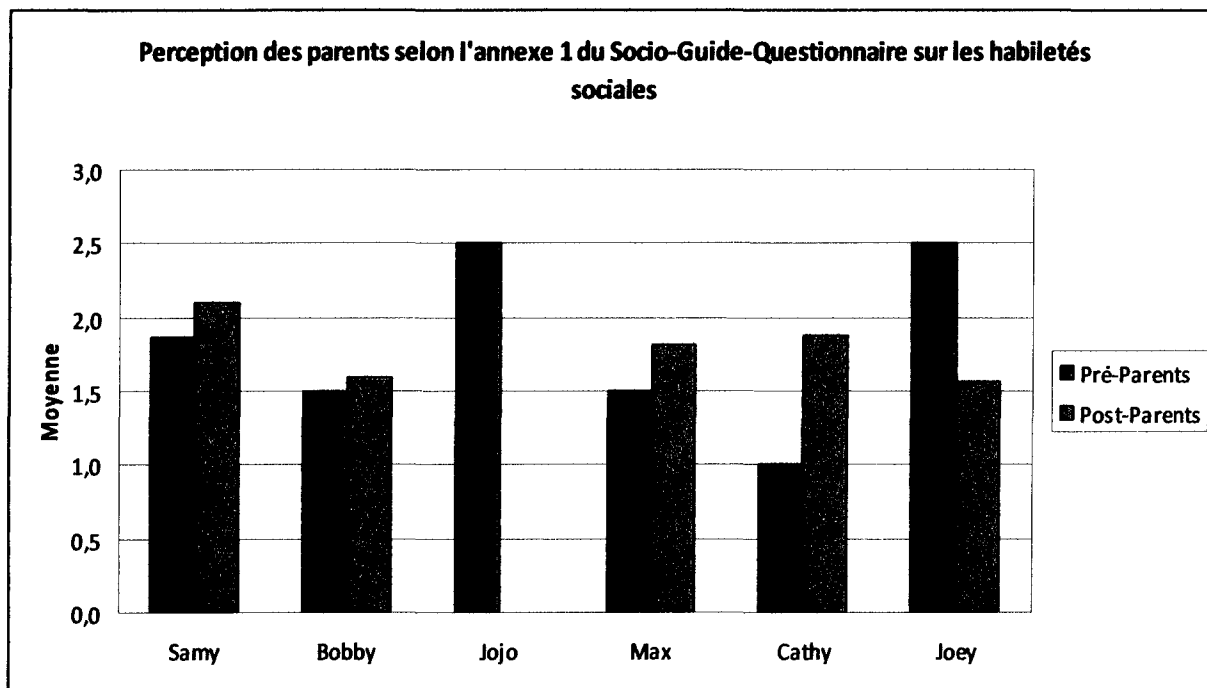


Figure 7. Perception des parents recueillie à l'aide de l'Annexe 1 - Questionnaire sur les habiletés sociales

DISCUSSION

Jugement sur l'atteinte des objectifs

Deux objectifs spécifiques étaient poursuivis tout au long de cette intervention. D'abord, que l'enfant mette en pratique les habiletés sociales abordées en contexte contrôlé et ensuite, qu'il mette en pratique les habiletés sociales abordées en milieu naturel. Le premier visait à évaluer s'il y avait une amélioration des habiletés sociales en contexte d'intervention suite à l'enseignement structuré prodigué. Tel que mentionné précédemment, l'évaluation des effets en contexte contrôlé n'a pu se réaliser. Ainsi, il est impossible d'établir si cet objectif a été ou non atteint. De plus, l'expérimentation nous a permis de voir que les niveaux de base prévus en début d'intervention étaient trompeurs. En effet, comme l'intervention avait lieu au CLSC en présence d'un groupe d'enfants créé à cette fin, les participants étaient d'emblée en adaptation au groupe, au local et à la structure proposée. Ainsi, les comportements visibles n'étaient pas fidèles à leur capacité initiale. Par exemple, le comportement de Joey durant les premières rencontres était caractérisé par la présence de comportements stéréotypés (il regardait les roues des voitures tourner devant ses yeux) et par le refus de participer à toute activité de même que de parler. Cependant, à la huitième rencontre, Joey conversait durant la collation et il a joué de la guitare durant la période de jeu libre. Joey a eu besoin de quelques rencontres pour s'adapter au groupe et déployer les habiletés qu'il possédait déjà. Joey est un exemple extrême, mais son comportement des trois premières rencontres n'était pas représentatif de ses capacités réelles. L'importance d'un niveau de base stable avant l'introduction de l'intervention a d'ailleurs été soulevée par Pollard (1998) lors de la recension des interventions effectuées auprès d'une clientèle autiste.

En ce qui concerne le second objectif, soit l'amélioration des habiletés en contexte naturel, l'ensemble des résultats est hétérogène. Il y a absence de consensus entre la perception des parents et celle des enseignants sur chacune des échelles spécifiques d'habiletés. D'ailleurs, ces derniers perçoivent généralement moins positivement les changements observés chez les jeunes. Cette différence peut être applicable en partie au fait que les items des deux versions du questionnaire n'ont pas de correspondance directe et que les répondants ont des expériences différentes avec l'enfant. Ce faible consensus est ressorti de l'étude de Van der Oord, Van der Meulen, Prins, Oosterlaan, Buitelaar et Emmelkamp (2005) visant l'évaluation psychométrique du *Social Skills Rating System (SSRS)*, version

originale anglophone du QEHS, auprès d'une population d'enfant présentant un TDAH. Malgré cela, il est impossible de préciser l'effet de l'intervention compte tenu de la faiblesse du devis utilisé.

En effet, la majorité des sources d'invalidité n'a pas été contrôlée. Aussi, les débordements du programme recensés supposent l'influence d'agents externes. Par exemple, les changements de médication de trois des participants, l'intégration à un nouveau milieu pour Joey en cours d'intervention et les différences entre les sujets des services offerts en milieu scolaire ont tous pu influencer la disponibilité des participants ou simplement les comportements observés. Par exemple, une amélioration à l'habileté de réagir à un comportement déranger peut être la résultante d'une médication qui contrôle mieux l'aspect d'impulsivité du participant ou de l'apprentissage de l'habileté suite au programme.

Enfin, le temps des mesures pré-test et post-test est lui-même sujet à une influence naturelle du contexte temporel. Par exemple, le QEHS a été rempli au cours de mois de septembre, de même qu'au mois de janvier. En septembre, les jeunes s'adaptent au retour à l'école, souvent à un nouvel enseignant et une nouvelle classe. En janvier, c'est le retour en classe après plusieurs jours de congé du temps des fêtes. Ces périodes correspondent à deux périodes d'adaptation importante pour les écoliers. L'interprétation des résultats en milieu naturel est donc limitée par tous ces facteurs.

Liens entre les résultats et les composantes de l'intervention

Malgré cette difficulté à interpréter les résultats, l'influence de certaines composantes est certaine et mérite une attention particulière. D'abord, les caractéristiques des participants avaient été soigneusement sélectionnées en fonction du programme animé. Pour Cathy et Jojo, les diagnostics ont été réévalués en cours d'intervention. Si ces derniers avaient été connus avant, Cathy et Jojo n'auraient pas pris part à l'intervention. En effet, puisque Cathy avait un trouble d'attachement, le programme ne répondait pas à ses besoins. Cathy connaissait les différentes étapes des habiletés, mais elle avait de la difficulté à les mettre en pratique. Elle répondait correctement aux questions posées, elle recadrait à l'occasion les commentaires des autres participants, elle verbalisait parfois trouver le contenu transmis grâce aux stratégies de gestion des apprentissages et aux moyens de mise en relation redondants. Après quelques rencontres, l'animatrice lui a d'ailleurs octroyé un rôle différent au sein du groupe afin que sa participation à l'intervention puisse consolider son estime de soi. À l'opposé, Jojo présentait une déficience intellectuelle légère qui limitait ses capacités à

profiter du contenu proposé. Sa compréhension était limitée, de même que ses capacités d'attention. Une adaptation supplémentaire aurait été nécessaire de même qu'une plus grande répétition du contenu. Cependant, cette adaptation n'a pu être mise en place pour répondre à ses besoins.

Dans le même ordre d'idées, l'animation a permis d'objectiver l'effet du contexte temporel. Les habiletés enseignées en début de programme étaient plus simples; 90 minutes suffisaient. Plus le programme avançait et plus les habiletés se complexifiaient. Plusieurs rencontres auraient bénéficié de 120 minutes d'animation. Ceci aurait permis de diversifier davantage les jeux de rôle, de même que de permettre une meilleure intégration des habiletés apprises en contexte de jeu libre à l'aide du modelage ou d'un soutien plus individualisé. En effet, comme le temps de jeu libre était assez restreint, peu de difficultés se sont présentées naturellement. Un nombre accru de rencontres aurait été bénéfique. Cette augmentation aurait permis une fois de plus aux participants de mieux intégrer les habiletés enseignées grâce à une mise en pratique accrue et à un soutien personnalisé au besoin. Une douzaine de rencontres en regard des habiletés sélectionnées aurait suffi. Les études recensées suggèrent cependant des interventions sur plusieurs mois sans toutefois préciser davantage la durée nécessaire (Bauminger, 2007a; Bellini, Peters, Benner & Hopf, 2007; Mackay et al., 2007; Spence, 2003).

Une autre composante qui influence grandement l'efficacité de l'intervention est la stratégie de transfert et de généralisation. Bien que les parents aient majoritairement exprimé leur désaccord à faire partie d'une intervention conjointe avec leur enfant, la plupart aurait souhaité connaître davantage le contenu du programme. Ces commentaires nous ont d'abord surpris puisque le contenu leur était accessible entièrement grâce au carnet du participant. Ils nous ont cependant permis de réaliser que le volet de la généralisation des acquis dans le quotidien [milieu naturel] aurait sans doute mérité d'être exploité par les parents en présence des animateurs. Certains parents n'avaient pas le réflexe d'utiliser le carnet au quotidien ou ils ne savaient pas comment l'intégrer à leur intervention. Des rencontres avec les parents leur auraient permis de se familiariser avec l'outil et des mises en situation auraient concrétisé son utilisation. Des rencontres parent-enfant aurait pu aussi être envisagées.

Bien que le contexte de notre milieu de stage ne le permettait pas, l'animation du programme en milieu scolaire, à même la classe, aurait peut-être optimiser la généralisation des acquis (Bellini et al., 2007). Ce programme s'intégrerait très bien au cursus scolaire.

D'ailleurs, Samy bénéficiait d'une intervention semblable dans sa classe. Un partenariat serait d'ailleurs envisageable entre un intervenant connaissant le programme et les intervenants du milieu, tel qu'expérimenté par les auteurs du *Socio-Guide*.

Liens entre les résultats et le contexte théorique

À la lumière des éléments présentés, il s'avère que notre intervention est représentative des études recensées. Effectivement, notre échantillon est modeste, les participants recrutés avaient tous au moins une comorbidité associée à leur diagnostic de TED et ils étaient majoritairement représentés par des garçons. Le changement des diagnostics de deux des participants en cours d'intervention est représentatif de la difficulté à établir un diagnostic fiable sans avoir recours à des outils standardisés connus et de la variabilité des symptômes en fonction du développement (Matson et al. 2007; McConnell, 2002; Volkmar et al., 2004). La difficulté de recruter des participants présentant des caractéristiques homogènes est typique des milieux cliniques dispensant les services (Koenig et al., 2010; Mackay et al., 2007; Solomon et al. 2004; White et al., 2007). Ces particularités limitent la possibilité de sélectionner avec certitude des participants étant les plus aptes à bénéficier de ce type de programme.

Le défi de généraliser les acquis dans les milieux de vie a aussi été souligné dans les différentes études recensées (Barry et al., 2003; Bauminger, 2007a; Bellini et al. 2007; Matson et al. 2007; Pollard, 1998; Rao et al., 2008; Solomon et al., 2004). À cause des nombreuses lacunes méthodologiques et pratiques signalées précédemment, notre intervention n'a pas échappé à cette conclusion. Dans le même sens, les outils utilisés pour évaluer les habiletés sociales dans les études recensées ont soulevé des questions concernant la sensibilité aux changements pour une clientèle TED (Koning & Magill-Evans, 2001; Rogers, 2000; White et al., 2007). Or, non seulement nous devons sélectionner les questionnaires parmi ceux existants, nous avons également le défi d'en trouver idéalement validés en langue française auprès d'une population québécoise. De ce fait, le QEHS n'a pas été validé auprès d'une population semblable à nos participants et l'Annexe 1 du *Socio-Guide* n'a fait l'objet d'aucune étude de validation. Ces questionnaires ont donc été sélectionnés malgré ces limites, et leur validité auprès de cette clientèle demeure incertaine.

Avantages et limites de l'intervention

L'intervention proposée présente plusieurs avantages. D'abord, tous les parents sollicités étaient attirés par le fait que l'intervention s'effectuait directement auprès de l'enfant. De plus, le contexte de groupe a permis la création d'un climat agréable qui permettait d'exploiter le vécu partagé. Pour les animateurs, l'intervention de groupe est stimulante et elle brise la routine de travail. Elle permet également de travailler en équipe. La présence de deux animateurs pour ce type d'intervention est non seulement nécessaire, mais également profitable. En effet, cela permet d'échanger les différents points de vue sur le sens des réactions des jeunes. Comme les animateurs sont différents, ils présentent respectivement plus d'affinités avec certains jeunes, créant ainsi une complémentarité favorable pour les jeunes.

Le programme utilisé a été facile à s'approprier pour l'animatrice. D'ailleurs, la conformité au programme s'est révélée élevée. C'est un programme qui s'intègre bien à une offre de service en CLSC, en centre de réadaptation ou en milieu scolaire. Les moyens de mise en relation utilisés semblent également avoir plu aux jeunes si l'on tient compte du niveau d'exposition au programme. Un seul des six participants a abandonné le programme.

D'un autre côté, les limites principales se situent au niveau de la difficulté à évaluer les effets, à contrôler les débordements et à généraliser dans les différents milieux de vie. Mises ensemble, ces limites ne sont pas négligeables, mais elles sont représentatives de la réalité actuelle concernant l'intervention auprès des personnes présentant un trouble envahissant du développement : les interventions proposées sont-elles efficaces? Les intervenants doivent tenir à jour leur connaissance de l'évaluation des différentes interventions expérimentées auprès de la clientèle ciblée et ajuster leur offre de service en conséquence. Si la recherche permet de se positionner, le défi en milieu clinique demeure de convaincre les gestionnaires que l'investissement nécessaire des ressources humaines et financières ne peut qu'être bénéfique à la clientèle desservie.

CONCLUSION

Les TED-NS sont une clientèle jusqu'à maintenant oubliée dans l'offre de service. Les difficultés importantes au niveau des habiletés sociales limitent leur participation sociale et perpétuent la dépendance envers l'adulte. Puisqu'ils sont capables d'apprentissage, il est justifié de favoriser l'augmentation des habiletés sociales afin d'améliorer le pronostic de ces jeunes. Les interventions évaluées sont encore peu nombreuses et les outils d'évaluation validés au Québec concernant les habiletés sociales adaptés spécifiquement pour une clientèle TED sont inexistantes. À cela s'ajoute la réalité des interventions administrées en contexte clinique qui permet difficilement la mise en place d'un devis quasi-expérimental ou expérimental sans le soutien financier extérieur aux institutions publiques. Malgré ces limitations, l'intervention a permis de voir que plusieurs parents ont perçu une amélioration des habiletés sociales de leur jeune.

Plusieurs recommandations ressortent de cette expérimentation. D'abord, une composante parentale de même qu'une animation en milieu naturel serait souhaitable. Un partenariat entre l'école, la famille et le réseau de la santé répondrait à cette recommandation en plus de permettre une plus grande concertation dans la dispensation des services. En effet, plus les intervenants se connaissent, plus il est facile de favoriser un continuum de service intégré. La famille se sent ainsi soutenue et comprise. Cela aurait également l'avantage de favoriser une généralisation des acquis dans les différents contextes de vie des jeunes. Un programme multimodal semble tout indiqué.

Ensuite, la littérature s'entend de plus en plus pour dire qu'une intervention sur plusieurs mois avec des interventions ponctuelles visant le rafraîchissement des moyens développés assure le maintien des acquis. Dans la mesure où une clientèle TED nécessite déjà un effort supplémentaire en terme de généralisation et où les apprentissages sont souvent compartimentés, cette recommandation nous semble encore plus indiquée. Une intervention qui s'intègre au cursus scolaire pourrait permettre cette intensité tout en proposant une continuité, d'années en années, de l'enseignement d'habiletés sociales de plus en plus complexe.

De plus, dans un contexte de restriction budgétaire et de rentabilisation des ressources humaines, l'intervention de groupe permet de toucher plus de jeunes à la fois. Or, le psychoéducateur possède les compétences pour assurer le leadership d'une intervention de groupe tout en s'assurant que l'intervention soit adaptée aux jeunes ciblés et à leur famille. Il

est en mesure d'implanter une intervention bien planifiée. Une offre récurrente d'intervention de groupe du même type que celle expérimentée permet d'assurer une réponse aux besoins des jeunes ayant un TED tout en permettant au professionnel d'assurer parallèlement des suivis individuels.

Le psychoéducateur, de par sa vision multidimensionnelle de l'intervention, est tout indiqué pour relever ces défis. Il développe des interventions qui tiennent compte des limites du milieu, il s'assure de connaître les caractéristiques des participants et il s'ajuste en conséquence. Cette animation n'est en aucun temps mécanique; le psychoéducateur est conscient de ce qu'il fait et du pourquoi il le fait. Il est en mesure de s'utiliser, de prendre conscience du rôle qu'il joue et de se questionner sur ses actions. Il donne un sens à l'intervention et à son action. Le psychoéducateur, comme tous les professionnels, est toutefois limité par les décisions administratives prises par l'établissement où il travaille.

Enfin, comme la recherche concernant l'intervention auprès des TED est encore jeune, les intervenants doivent se tenir à jour concernant les recherches afin d'ajuster leur service. Un souci d'offrir une intervention efficace en milieu clinique doit toujours être présent. En ce sens, une prudence dans l'adaptation des programmes au milieu clinique est de mise afin de ne pas dénaturer les ingrédients essentiels des programmes. La recherche doit, quant à elle, être axée sur l'évaluation des programmes auprès d'un plus grand échantillonnage, en incluant idéalement la présence d'un groupe contrôle et des évaluateurs indépendants. Un partenariat entre les cliniciens et les chercheurs allieraient la rigueur scientifique à la réalité de l'intervention afin d'optimiser les résultats.

RÉFÉRENCES

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR* (4^e éd.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2011). *DSM 5 Development*. Repéré dans <http://www.dsm5.org>.
- Attwood, T. (2004). Cognitive behavior therapy for children and adults with Asperger's syndrome. *Behaviour Change*, 21, 147-161.
- Bailey, A., Phillips, W., & Rutter, M. (1996). Autism: Towards an integration of clinical, genetic, neuropsychological, and neurobiological perspectives. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37, 89-126.
- Baron-Cohen, S., & Belmonte, M.K. (2005). Autism; A window onto the development of the social and the analytic brain. *Annual Review of Neurosciences*, 28, 109-126.
- Barry, T.D., Klinger, L.G., Lee, J.M., Palardy, N., Gilmore, T., & Bodin, S.D. (2003). Examining the effectiveness of an outpatient clinic-based social skills group for high-functioning children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 33, 685-701.
- Battaglia, A., & Carey, J.C. (2006). Etiologic yield of autistic spectrum disorders: A prospective study. *American Journal of Medical Genetics*, 142C, 3-7.
- Bauminger, N. (2002). The facilitation of social-emotional understanding and social interaction in high-functioning children with autism: Intervention outcomes. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 32, 283-297.
- Bauminger, N. (2007a). Brief report: Group social-multimodal intervention for HFASD. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37, 1605 -1615.
- Bauminger, N. (2007b). Brief report: Individual social-multi-modal intervention for HFASD. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37, 1593 -1604.
- Bauminger, N., Shulman, C., & Agam, G. (2003). Peer interaction and loneliness in high-functioning children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 33, 489-507.
- Bauminger, N., Solomon, M., Aviezer, A., Heung, K., Brown, J., & Rogers, S.J. (2008a). Friendship in high-functioning children with autism spectrum disorder: Mixed and non-mixed dyads. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38, 1211-1229.
- Bauminger, N., Solomon, M., Aviezer, A., Heung, K., Gazit, L., Brown, J., & Rogers, S.J. (2008b). Children with autism and their friends: A multidimensional study of friendship in high-functioning autism spectrum disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36, 135-150.

- Begeer, S., Rieffe, C., Terwogt, M.M., & Stockmann, L. (2003). Theory of mind-based action in children from the autism spectrum. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 33, 479-487.
- Bellini, S., Peters, J.K., Benner, L., & Hopf, A. (2007). A meta-analysis of school-based social skills interventions for children with autism spectrum disorders. *Remedial and Special Education*, 28, 153-162.
- Bernier, S., Lamy, M., & Mottron, L. (2003). Socio-Guide: programme d'entraînement aux habiletés sociales adapté pour une clientèle présentant un trouble envahissant du développement. Montréal, Québec: Hôpital Rivière-des-Prairies et CECOM.
- Cantin, C., & Mottron, L. (2004). Pédagogie et réadaptation spécialisée pour les enfants avec trouble envahissant du développement sans déficience intellectuelle au niveau primaire. *Revue de Psychoéducation*, 33, 93-115.
- Carbonnel-Chabas, C., & Gepner, B. (2009). Le devenir à l'adolescence d'enfants atteints de troubles envahissants du développement: l'exemple de l'hôpital de jour d'Aix-en-Provence. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 57, 118-127.
- Chakrabarti, S., & Fombonne, E. (2001). Pervasive developmental disorders in preschool children. *Journal of American Medical Association*, 285, 3093-3099.
- Challman, T.D., Barbaresi, W.J., Katusic, S.K., & Weaver, A. (2003). The yield of the medical evaluation of children with pervasive developmental disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 33, 187-192.
- Charles, J.M., Carpenter, L.A., Jenner, W., & Nicholas, J.S. (2008). Recent advances in autism spectrum disorders. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 38, 133-140.
- Courchesne, E. (1997). Brainstem, cerebellar and limbic neuroanatomical abnormalities in autism. *Cognitive Neuroscience*, 7, 269-278.
- Croen, L.A., Najjar, D.V., Fireman, B., & Grether, J.K. (2009). Maternal and paternal age and risk of autism spectrum disorders. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 161, 334-340.
- De Bruin, E.I., Ferdinand, R.F., Meester, S., de Nijs, P.F.A., & Verheij, F. (2007). High rates of psychiatric co-morbidity in PDD-NOS. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37, 877-886.
- De Bruin, E.I., de Nijs, P.F., Verheij, F., Hartman, C.A., & Ferdinand, R.F. (2007). Multiple complex developmental disorder delineated from PDD-NOS. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37, 1181-1191.
- De Wit, T.C.J., Falck-Ytter, T., & von Hofsten, C. (2008). Young children with autism spectrum disorder look differently at positive versus negative emotional faces. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 2, 651-659.
- Dumas, J.E. (2002). *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent* (2^e éd.). Bruxelles, Belgique : De Boeck University.

- Elliot, S.N., & Busse, R.T. (1991). Social skills assessment and intervention with children and adolescents: Guidelines for assessment and training procedures. *School Psychology International, 12*, 63-83.
- Fombonne, E. (2003). Epidemiological surveys of autism and other pervasive developmental disorders: An update. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 33*, 365-382.
- Fortin, L., Royer, É., Marcotte, D., Potvin, P., & Joly, J. (2001). Épreuves de validité d'une mesure d'habiletés sociales auprès d'adolescents québécois à l'école secondaire. *Psychologie et psychométrie, 22*, 23-43.
- Glasson, E.J., Bower, C., Petterson, B., de Klerk, N., Chaney, G., & Hallmayer, J.H. (2004). Perinatal factors and the development of autism, a population study. *Archive of General Psychiatry, 61*, 618-627.
- Goldstein, S., & Schwebach, A.J. (2004). The comorbidity of pervasive developmental disorder and attention deficit hyperactivity disorder: results of a retrospective chart review. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 34*, 329-339.
- Hallmayer, J., Glasson, E.J., Bower, C., Petterson, B., Croen, L., Grether, J., & Risch, N. (2002). On the twin risk in autism. *American Journal of Genetics, 71*, 941-946.
- Happé, F. (1996). Studying Weak central coherence at low levels: Children with autism do not succumb to visual illusions. A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 37*, 873-877.
- Happé, F. (1999). Autism: Cognitive deficit or cognitive style? *Trends in Cognitive Sciences, 3*, 216-222.
- Happé, F., Briskman, J., & Frith, U. (2001). Exploring the cognitive phenotype of autism: Weak of central coherence in Parents and siblings of children with autism; Experimental tests. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 42*, 299-307.
- Happé, F., Ehlers, S., Fletcher, P., Frith, U., Johansson, M., Gillberg, C... Frith, C. (1996). Theory of mind in the brain. Evidence from a PET scan study of Asperger syndrome. *NeuroReport, 8*, 197-201.
- Happé, F., & Frith, U. (1996). The neuropsychology of autism. *Brain, 119*, 1377-1400.
- Hashimoto, T., Tayama, M., Murakawa, K., Yoshimoto, T., Miyazaki, M., Harada, M., & Kuroda, Y. (1995). Development of the brainstem and cerebellum in autistic patients. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 25*, 1-18.
- Henningsson, S., Jonsson, L., Ljunggren, E., Westberg, L., Gillberg, C, Rastam, M...Melke, J. (2009). Possible association between the androgen receptor gene and autism spectrum disorder. *Psychoneuroendocrinology, 34*, 752-761.
- Herring, S., Gry, K., Taffe, J., Tonge, B., Sweeney, D., & Einfeld, S. (2006). *Journal of Intellectual Disability Research, 50*, 874-882.

- Ingersoll, B., Schreibman, L., & Stahmer, A. (2001). Brief report: Differential treatment outcomes for children with autistic spectrum disorder based on level of peer social avoidance. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 31, 343-349.
- Jarrold, C., Butler, D.W., Cottington, E.M., & Jimenez, F. (2000). Linking theory of mind and central coherence bias in autism and in the general population. *Developmental Psychology*, 36, 126-138.
- Jones, W., Carr, K., & Klin, A. (2008). Absence of preferential looking to the eyes of approaching adults predicts level of social disability in 2-year-old toddlers with autism spectrum disorder. *Archives of General Psychiatry*, 68, 946-954.
- Kabot, S., Masi, W., & Segal, M. (2003). Advances in the diagnosis and treatment of autism spectrum disorders. *Professional Psychology; Research and Practice*, 34, 26-33.
- Kelly, A.B., Garnett, M.S., Attwood, T., & Peterson, C. (2008). Autism spectrum symptomatology in children: The impact of family and peer relationships. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36, 1069-1081.
- Klinger, L.G., & Renner, P. (2000). Performance-based measures in autism: Implications for diagnosis, early detection, and identification of cognitive profiles. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29, 479-492.
- Knickmeyer, R., Baron-Cohen, S., Raggatt, P., & Taylor, K. (2005). Foetal testosterone, social relationships, and restricted interests in children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46, 198-210.
- Koenig, K., White, S.W., Pachler, M., Lau, M., Lewis, M., Klin, A., & Scahill, L. (2010). Promoting social skill development in children with pervasive developmental disorders: A feasibility and efficacy study. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40, 1209-1218.
- Koning, C., & Magill-Evans, J. (2001). Social and language skills in adolescent boys with asperger syndrome. *Autism*, 5, 23-36.
- Koren-Karie, N., Oppenheim, D., Dolev, S., & Yirmiya, N. (2009). Mothers of securely attached children with autism spectrum disorder are more sensitive than mothers of insecurely attached children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50, 643-650.
- Koyama, T. & Kurita, H. (2008). Cognitive profile difference between normally intelligent children with Asperger's disorder and those with pervasive developmental disorder not otherwise specified. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 62, 691-696.
- Koyama, T., Tachimori, H., Osada, H., & Kurita, H. (2006). Cognitive and symptom profiles in high-functioning pervasive developmental disorder not otherwise specified and attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 36, 373-380.
- Krasny, L., Williams, B.J., Provencal, S., & Ozonoff, S. (2003). Social skills interventions for the autism spectrum; Essential ingredients and a model curriculum. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 12, 107-122.

- Kroeger, K.A., Schultz, J.R., & Newsom, C. (2007). A comparison of two group-delivered social skills programs for young children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37, 808-817.
- Lee, L-C, Harrington, R.A., Louie, B.B., & Newschaffer, C.J. (2008). Children with autism: Quality of life and parental concerns. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38, 1147-1160.
- Liss, M., Fein, D., Allen, D., Dunn, M., Feinstein, C, Morris, R... Rapin, I. (2001). Executive functioning in high-functioning children with autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42, 261-270.
- Little, L. (2002). Middle-class mother's perceptions of peer and sibling victimization among children with Asperger's syndrome and nonverbal learning disorders. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 25, 43-57.
- Macintosh, K.E., & Dissanayake, C. (2004). Annotation: The similarities and differences between autistic disorder and Asperger's disorder: A review of the empirical evidence. *Journal of child psychology and psychiatry*, 45, 421-434.
- Macintosh, K.E., & Dissanayake, C. (2006). Social skills and problem behaviours in school aged children with high-functioning autism and Asperger's syndrome. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 36, 1065-1076.
- Mackay, T., Knott, F., & Dunlop, A.W. (2007). Developing social interaction and understanding in individuals with autism spectrum disorder: A group work intervention. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 32, 279-290.
- Martin, I., & MacDonald, S. (2003). Weak coherence, no theory of mind, or executive dysfunction? Solving the puzzle of pragmatic language disorders. *Brain and Language*, 85, 451-466.
- Massé, L., Desbiens, N., & Lanaris, C. (sous la direction de) (2006). *Les troubles de comportement à l'école*. Montréal, Québec: Gaëtan Morin Éditeur.
- Matson, J.L. (ed) (2009). *Social behavior and skills in children*. Baton Rouge, LA: Springer Science and Business Media.
- Matson, J.L., & Boisjoli, J.A. (2007). Differential diagnosis of PDDNOS in children. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 1, 75-84.
- Matson, J.L., Dempsey, T., Lo Vullo, S.V., & Wilkins, J. (2008). The effects of intellectual functioning on the range of core symptoms of autism spectrum disorders. *Research in Developmental Disabilities*, 29, 341-350.
- Matson, J.L., Matson, M.L., & Rivet, T.T. (2007). Social-skills treatments for children with autism spectrum disorders : An overview. *Behavior Modification*, 31, 682-707.
- McConnell, S.R. (2002). Interventions to facilitate social interaction for young children with autism : Review of available research and recommendations for educational intervention and future research. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 32, 351-372.

- Mineau, S., Duquette, A., Elkouby, K., Jacques, C., Ménard, A., Nérette, P.-A., & al. (2008). *Troubles envahissants du développement : guide de stratégies psychoéducatives*. Vol. 2, Enfants verbaux. Montréal, Québec : Édition du CHU Sainte-Justine.
- Mull, M.S., & Evans, E.M. (2010). Did she mean to do it? Acquiring a folk theory of intentionality. *Journal of Experimental Child Psychology*, 107, 207-228.
- Myers, S.M., & Johnson, C.P. (2007). Management of children with autism spectrum disorders. *Pediatrics*, 120, 1162-1182.
- Norris, S., Paré, J.-R., & Starky, S. (2006). *L'autisme infantile au Canada : questions relatives à l'intervention comportementale*. Canada : Parlement du Canada, Service d'information et de recherches parlementaires. Repéré à <http://www2.parl.gc.ca/content/lop/researchpublications/prb0593-f.htm>
- Ohnishi, T., Matsuda, H., Hashimoto, T., Kunihiro, T., Nishikawa, M., Uema, T., & Sasaki, M. (2000). Abnormal regional cerebral blood flow in childhood autism. *Brain*, 123, 1838-1844.
- Ozonoff, S., & Miller, J.N. (1995). Teaching theory of mind: A new approach to social skills training for individuals with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 25, 415-433.
- Paul, R. (2003). Promoting social communication in high functioning individuals with autistic spectrum disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 12, 87-106.
- Poirier, N., & Kozminski, C. (2008). *L'autisme, un jour à la fois*. Québec, Québec : Les Presses de l'Université Laval.
- Pollard, N.L. (1998). Development of social interaction skills in preschool children with autism; a review of the literature. *Child and Family Behavior Therapy*, 20, 1-16.
- Potvin, P., Massé, L., Beaudry, G., Beaudoin, R., Beaulieu, J., Guay, L., & al. (1995). *PARC : programme d'autocontrôle, de résolution de problèmes et de compétence sociale* (2^e édition revue et augmentée). Trois-Rivières, Québec : Université de Québec à Trois-Rivières et Commission scolaire du Chemin-du-Roy.
- Rao, P.A., Beidel, D.C., & Murray, M.J. (2008). Social skills interventions for children with Asperger's syndrome or high-functioning autism: A review and recommendations. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38, 353-361.
- Robel, L., Beauquier-Maccotta, B., Bresson, J.-L., Schmitz, J., & Golse, B. (2005). Autisme et gluten: mythes et réalités. *Psychiatrie de l'enfant*, 48, 577-592.
- Roeyers, H., Keymeulen, H., & Buysse, A. (1998). Differentiating attention-deficit/hyperactivity disorder from pervasive developmental disorder not otherwise specified. *Journal of Learning Disabilities*, 31, 565-571.
- Rogé, B. (2003). *Autisme, comprendre et agir*. Paris, France : Dunod.

- Rogers, S.J. (2000). Interventions that facilitate socialization in children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 30, 399-409.
- Rutgers, A.H., Bakermans-Kranenburg, M.J., van Ijzendoorn, M.H., & van Berckelaer-Onnes, I.A. (2004). Autism and attachment: A meta-analytic review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, 1123-1134.
- Scheirs, J.G.M., & Timmers, E.A. (2009). Differentiating among children with PDD-NOS, ADHD, and those with a combined diagnosis on the base of WISC-III profiles. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 39, 549-556.
- Sebastian, C., Blakemore, S.J., & Charman, T. (2009). Reactions to ostracism in adolescents with autism spectrum conditions. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 39, 1122-1130.
- Serra, M., Althaus, M., de Sonnevile, L.M.J., Stant, A.D., Jackson, A.E., & Minderaa, R.B. (2003). Face recognition in children with pervasive developmental disorder not otherwise specified. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 33, 303-317.
- Serra, M., Jackson, A.E., van Geert, P.L.C., & Minderaa, R.B. (1998). Brief report: Interpretation of facial expressions, postures and gestures in children with a pervasive developmental disorder not otherwise specified. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 28, 257-263.
- Sicotte, C., & Stemberger, R.M.T. (1999). Do children with PDD-NOS have a theory of mind? *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 29, 225-233.
- Société canadienne de l'autisme. *Prevalence in Canada*. Repéré à http://www.autismsocietycanada.ca/asd_research/research_prevalence/index_e.html
- Société canadienne de l'autisme (2004). *Canadian autism research agenda and canadian autism strategy, a white paper*. Repéré à http://www.autismsocietycanada.ca/pdf_word/finalwhite-eng.pdf
- Solomon, M., Goodlin-Jones, B.L., & Anders, T.F. (2004). A social adjustment enhancement intervention for high functioning autism, Asperger's Syndrome, and pervasive developmental disorder nos. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 34, 649-668.
- Spence, S.H. (2003). Social skills training with children and young people: Theory, evidence and practice. *Child and Adolescent Mental Health*, 8, 84-96.
- Szatmari, P. (2001). Autisme, syndrome d'Asperger et TED : complexité et pièges diagnostiques. *Prisme*, 34, 24-34.
- Szatmari, P., Bryson, S., Duku, E., Vaccarella, L., Zwaigenbaum, L., Bennett, T., & Boyle, M.H. (2009). Similar developmental trajectories in autism and Asperger syndrome : from early childhood to adolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50, 1459-1467.

- Sze, K.M., & Wood, J.J. (2008). Enhancing CBT for the treatment of autism spectrum disorders and concurrent anxiety. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 36, 403-409.
- Tassé, M.J., & Morin, D. (sous la direction de) (2003). *La déficience intellectuelle*. Montréal, Québec: Gaétan Morin Éditeur.
- Thivierge, J., & Radouco-Thomas, M. (2001). Autisme et TED chez les adolescents et les adultes : quelques réflexions. *Prisme*, 34, 164-172.
- Tordjman, S., Cohen, D., & Golse, B. (2005). Les investigations cliniques et biologiques. Au service du soin et des personnes présentant un syndrome autistique? *Psychiatrie de l'enfant*, XLVIII, 199-244.
- Van der Oord, S., Van der Meulen, E.M., Prins, P.J., Oosterlaan, J., Buitelaar, J.K., & Emmelkamp, P.M.G. (2005). A psychometric evaluation of the social skills rating scale system in children with attention deficit hyperactivity disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 733-746.
- Vermeulen, P. (2009). *Comprendre les personnes autistes de haut niveau : le syndrome d'Asperger à l'épreuve de la clinique*. Paris, France : Dunod.
- Verté, S., Geurts, H.M., Roeyers, H., Oosterlaan, J., & Sergeant, J.A. (2006). Executive functioning in children with an autism spectrum disorder: Can we differentiate within spectrum? *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 36, 351-372.
- Volkmar, F.R., Lord, C., Bailey, A., Shultz, R.T., & Klin, A. (2004). Autism and pervasive developmental disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, 135-170.
- Volkmar, F.R., State, M., & Klin, A. (2009). Autism and autism spectrum disorders: Diagnostic issues for the coming decade. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50, 108-115.
- Walker, R., Thompson, A., Zwaigenbaum, L., Goldberg, J., Bryson, S.E., Mahoney, W.J... Szatmari, P. (2004). Specifying PDD-NOS: A comparison of PDD-NOS, Asperger syndrome, and autism. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 172-180.
- Waterhouse, L., Fein, D., & Modahl, C. (1996). Neurofunctional mechanisms in autism. *Psychological Review*, 103, 457-489.
- White, S.W., Koenig, K., & Scahill, L. (2007). Social skills development in children with autism spectrum disorders: A review of the intervention research. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37, 1858-1868.
- White, S.W., Oswald, D., Ollendick, T., & Scahill, L. (2009). Anxiety in children and adolescents with autism spectrum disorders. *Clinical Psychology Review*, 29, 216-229.
- Zeanah, C.H. (2009). The importance of early experiences: Clinical, research, and policy perspectives. *Journal of Loss and Trauma*, 14, 266-279.

Zilbovicius, M., Boddaert, N., Belin, P., Poline, J-B., Remy, P., Mangin, J-F.... Samson, Y. (2000). Temporal lobe dysfunction in childhood autism: A pet study. *The American Journal of Psychiatry*, 157, 1988-1993.

Zilbovicius, M., Garreau, B., Samson, Y., Remy, P., Barthélémy, C., Syrota, A., & Lelord, G. (1995). Delayed maturation of the frontal cortex in childhood autism. *The American Journal of Psychiatry*, 152, 248-252.

ANNEXES



Annexe 2

18 octobre 2010

Lettre aux parents

Objet : Habileté de la semaine

Bonjour,

Cette semaine nous avons travaillé l'habileté de converser. Plus spécifiquement, nous avons abordé **Savoir écouter** et **Initier une conversation**. Vous pouvez vous référer au petit carnet de votre enfant afin de le soutenir et l'encourager à utiliser chacune des étapes enseignées. Vous êtes aussi invités à écrire dans le duo-tang une situation de réussite dont vous avez été témoin.

La semaine prochaine, nous verrons **Poursuivre une conversation** et **Terminer une conversation**.

Passez une belle semaine,

Isabelle Brière [REDACTED]
[REDACTED]

Annexe 3

Journal de bord de l'animateur

Rencontre # _____

Thème : _____

Date : _____

Noms	Présences	Durée du retrait/Isolement	Temps total
Samy			
Bobby			
Jojo			
Max			
Cathy			
Joey			

Précisions : _____

Annexe 4

Questionnaire de débordement

Nom de l'enfant : _____

Rempli par : _____

Date : _____

Médications actuelles (si changement, depuis quand?) :

Nom du médicament : _____ Posologie : _____

Nom du médicament : _____ Posologie : _____

Nom du médicament : _____ Posologie : _____

Y a-t-il eu des changements dans les diagnostics de votre enfant depuis le mois d'août 2010?

Votre enfant a-t-il reçu d'autres interventions durant l'intervention de groupe? Si oui, par qui et visant quels objectifs? (ergothérapeute, centre de réadaptation, etc.)

Y a-t-il eu des changements dans la situation psychosociale de la famille depuis le mois d'août 2010? (déménagement, séparation, naissance, décès, etc.)

Annexe 5

	Jamais	Rarement	Quelques fois	Habituellement	Souvent	Toujours
14. Accepte les idées des pairs lors d'activités de groupe.	0	1	2	3	4	5
16. Ne se laisse pas distraire par ses pairs lorsqu'il/elle fait son travail scolaire.	0	1	2	3	4	5
18. Invite les autres à participer aux activités.	0	1	2	3	4	5

Nom de l'enfant : _____

Rempli par : _____

Date : _____

Qu'est-ce qui vous a semblé le plus aidant pour votre élève dans cette intervention de groupe?

Le matériel offert en soutien à l'enfant s'intégrait-il bien dans le milieu scolaire? L'enfant l'utilisait-il? Si oui, de façon autonome ou avec soutien?

L'élève a-t-il participé à des interventions en milieu scolaire depuis le début de l'année scolaire? Si oui, avec quel intervenant (ex :TES) et quels étaient les objectifs?

Avez-vous des suggestions de modifications à apporter?

Annexe 6

Qualité de la participation

Temps :

Habilitété :

Observateur :

Date :

Samy		Total :
Bobby		Total :
Jojo		Total :
Max		Total :
Cathy		Total :
Joey		Total :

Cotation : on **cote 1** chaque fois que le participant se propose pour un jeu de rôle (verbalement ou en levant la main), fait un jeu de rôle, répond à une question de l'animateur en lien avec le contenu (même si mauvaise réponse), applaudit la performance des ses pairs suite à un jeu de rôle, émet un commentaire en lien avec le jeu de rôle ou l'habileté travaillée, invite spontanément un pair à un jeu de rôle.

On ne cote rien chaque fois que le participant émet un commentaire qui n'est pas en lien avec l'habileté ou qu'il a levé sa main pour une raison non pertinente (Ex. : je veux des Kleenex, je veux aller au toilette, etc).

QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION DES HABILITÉS SOCIALES

(Parent, primaire)

(Traduction du *Social Skills Rating Scale, SSRS*, Elliott et Gresham 1990)

Veillez lire chacun des énoncés tout en considérant le comportement de votre enfant durant le dernier mois. Identifiez ensuite la fréquence d'apparition des comportements observés.

Si le comportement ne s'est jamais produit, encerclez le « 0 ».

Si le comportement s'est rarement produit, encerclez le « 1 ».

Si le comportement s'est quelques fois produit, encerclez le « 2 ».

Si le comportement s'est produit habituellement, encerclez le « 3 ».

Si le comportement s'est souvent produit, encerclez le « 4 ».

Si le comportement s'est toujours produit, encerclez le « 5 ».

Voici deux exemples :

	Fréquence					
	Jamais	Rarement	Quelques fois	Habituellement	Souvent	Toujours
1. Démonstre un sens de l'humour.	0	1	2	3	4	(5)
2. Répond correctement au téléphone.	(0)	1	2	3	4	5
Ce parent croit que son enfant démontre toujours un sens de l'humour. De plus, ce parent affirme que son enfant ne répond jamais correctement au téléphone.						

Il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses. Prenez le temps nécessaire. Il est important que vous répondiez à toutes les questions.

	Jamais	Rarement	Quelques fois	Habituellement	Souvent	Toujours
1. Utilise adéquatement ses temps libres à la maison.	0	1	2	3	4	5
2. Entretient sa chambre sans qu'on ait à le lui rappeler.	0	1	2	3	4	5
3. Parle sur un ton de voix approprié à la maison.	0	1	2	3	4	5
4. Se joint à des activités de groupe sans qu'on ait à le lui demander.	0	1	2	3	4	5

	Jamais	Rarement	Quelques fois	Habituellement	Souvent	Toujours
5. Se présente spontanément à de nouvelles personnes sans qu'on le lui dise.	0	1	2	3	4	5
6. Réagit adéquatement lorsqu'il (elle) est bousculé(e) ou frappé(e) par d'autres enfants.	0	1	2	3	4	5
7. Demande à des commis de l'information ou de l'aide.	0	1	2	3	4	5
8. Porte attention aux animateurs dans les réunions de jeunes.	0	1	2	3	4	5
9. Refuse poliment des demandes déraisonnables d'autrui.	0	1	2	3	4	5
10. Invite d'autres enfants à la maison.	0	1	2	3	4	5
11. Félicite les autres membres de la famille lors de réussites.	0	1	2	3	4	5
12. Se fait facilement des amis.	0	1	2	3	4	5
13. Démonstre de l'intérêt dans plusieurs domaines.	0	1	2	3	4	5
14. Évite les situations conflictuelles.	0	1	2	3	4	5
15. Range ses objets personnels et le matériel de la famille.	0	1	2	3	4	5
16. Se porte volontaire afin d'aider les membres de la famille dans des tâches ménagères.	0	1	2	3	4	5
17. Réagit bien à la critique.	0	1	2	3	4	5
18. Répond adéquatement au téléphone.	0	1	2	3	4	5
19. Vous aide aux tâches ménagères sans qu'on ait à le lui demander.	0	1	2	3	4	5
20. Questionne de façon adéquate des règlements qui lui semblent injustes.	0	1	2	3	4	5
21. Essaie d'accomplir des tâches ménagères avant de demander votre aide.	0	1	2	3	4	5
22. Contrôle ses humeurs lorsqu'il (elle) se dispute avec d'autres enfants.	0	1	2	3	4	5
23. Est aimé(e) des autres.	0	1	2	3	4	5
24. Initie les conversations au lieu d'attendre qu'on s'adresse à lui (elle).	0	1	2	3	4	5
25. Règle calmement les désaccords avec vous.	0	1	2	3	4	5
26. Contrôle ses humeurs dans les situations conflictuelles avec vous.	0	1	2	3	4	5
27. Complimente ses amis ou les autres membres de la famille.	0	1	2	3	4	5
28. Termine ses tâches ménagères dans un délai raisonnable.	0	1	2	3	4	5
29. Demande la permission avant d'utiliser les effets personnels des autres membres de la famille.	0	1	2	3	4	5

	Jamais	Rarement	Quelques fois	Habituellement	Souvent	Toujours
30. Se montre sûr de lui dans ses relations lors de sorties de groupe.	0	1	2	3	4	5
31. Demande la permission avant de quitter la maison.	0	1	2	3	4	5
32. Réagit adéquatement aux taquineries des membres de sa famille ou des amis de son âge.	0	1	2	3	4	5
33. Gère bien son temps en attendant votre aide pour ses devoirs ou toute autre tâche.	0	1	2	3	4	5
34. Accepte les idées des pairs dans le choix d'activités.	0	1	2	3	4	5
35. Change facilement ou adéquatement d'une activité à une autre.	0	1	2	3	4	5
36. Coopère avec les membres de la famille sans qu'on ait besoin de le lui demander.	0	1	2	3	4	5
37. Accepte les compliments de ses pairs.	0	1	2	3	4	5
38. Déclare les incidents ou les accidents aux personnes concernées.	0	1	2	3	4	5

Nom de l'enfant : _____

Rempli par : _____

Date : _____

Médications actuelles : _____

Merci beaucoup de votre temps!!!

QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION DES HABILITÉS SOCIALES

(Version courte, enseignant, primaire)

(Traduction du *Social Skills Rating Scale, SSRS, Elliott et Gresham 1990*)

Veillez lire chacun des énoncés tout en considérant le comportement de l'élève durant le dernier mois. Identifiez ensuite la fréquence d'apparition de chacun de ces comportements pour cet élève.

Si le comportement ne s'est jamais produit, encerclez le « 0 ».

Si le comportement s'est rarement produit, encerclez le « 1 ».

Si le comportement s'est quelques fois produit, encerclez le « 2 ».

Si le comportement s'est produit habituellement, encerclez le « 3 ».

Si le comportement s'est souvent produit, encerclez le « 4 ».

Si le comportement s'est toujours produit, encerclez le « 5 ».

Il est important que vous répondiez à toutes les questions. Il peut arriver que vous n'ayez pas eu l'occasion d'observer le comportement cité. Si le cas se présente, vous devrez, à partir de votre connaissance de l'élève, évaluer la fréquence probable d'apparition de ce comportement.

	Jamais	Rarement	Quelques fois	Habituellement	Souvent	Toujours
1. Reste calme lors de situations conflictuelles avec ses pairs.	0	1	2	3	4	5
2. Se présente spontanément à de nouvelles personnes.	0	1	2	3	4	5
3. Remet en question de façon adéquate des règlements qui lui semblent injustes.	0	1	2	3	4	5
4. Fait des compromis lors de situations conflictuelles afin de parvenir à une entente.	0	1	2	3	4	5
5. Finit ses travaux dans les délais.	0	1	2	3	4	5
6. Se fait facilement des amis.	0	1	2	3	4	5
7. Réagit adéquatement aux taquineries de ses pairs.	0	1	2	3	4	5
8. Reste calme lors de situations conflictuelles avec les adultes.	0	1	2	3	4	5
9. Réagit bien à la critique.	0	1	2	3	4	5
10. Engage des conversations avec ses pairs.	0	1	2	3	4	5
11. S'occupe de façon appropriée en attendant votre aide.	0	1	2	3	4	5
12. Fournit un bon travail scolaire.	0	1	2	3	4	5

	Jamais	Rarement	Quelques fois	Habituellement	Souvent	Toujours
13. S'il/elle juge que vous l'avez traité(e) injustement, il/elle vous le mentionne poliment.	0	1	2	3	4	5
14. Accepte les idées des pairs lors d'activités de groupe.	0	1	2	3	4	5
15. Réagit adéquatement lorsque d'autres enfants le/la boucaient ou le/la frappent.	0	1	2	3	4	5
16. Ne se laisse pas distraire par ses pairs lorsqu'il/elle fait son travail scolaire.	0	1	2	3	4	5
17. Passe facilement d'une activité à une autre.	0	1	2	3	4	5
18. Invite les autres à participer aux activités.	0	1	2	3	4	5
19. Exécute les consignes.	0	1	2	3	4	5

Nom de l'enfant : _____

Rempli par : _____

Date : _____

Commentaires :

Merci beaucoup de votre temps!!!

Annexe 8

Formulaire de consentement

Nom de l'enfant : _____

Madame, Monsieur,

L'intervention de groupe à laquelle votre enfant participera à l'automne 2010 fait partie de mon projet de stage de deuxième cycle en psychoéducation. À des fins d'apprentissage, l'Université de Montréal exige que les effets de l'intervention soient évalués objectivement. Cette évaluation requiert la passation de certains questionnaires à remplir par le parent, et possiblement le professeur, ainsi que la consultation de certains rapports contenus dans le dossier de votre enfant. Aussi, les séances seront filmées afin de mesurer l'évolution de la fréquence des comportements enseignés en contexte contrôlé.

Il est clair que toutes données d'identification seront changées afin de préserver la confidentialité. Le visionnement des séances filmées sera autorisé uniquement en contexte d'apprentissage et toujours sous le sceau de la confidentialité, par exemple par le superviseur et l'accompagnateur de stage.

Je sollicite donc, avec votre consentement libre et éclairé, votre participation afin de compléter cet exercice professionnel.

Pour toutes questions complémentaires, vous pouvez me contacter au [REDACTED]
[REDACTED] Il est également possible de contacter madame [REDACTED]
[REDACTED], responsable des stages de deuxième cycle à l'Université de Montréal,
[REDACTED]

Signature du parent ou
du titulaire de l'autorité parentale

Date

Signature de l'étudiant(e)

Date

Annexe 9

_____, le _____ 2010.

Contrat d'engagement

Moi, _____, parent ou tuteur légal de _____ ai pris connaissance des modalités d'intervention proposées dans le cadre du Programme d'entraînement aux habiletés sociales. Je m'engage à favoriser la participation de mon enfant tout au long de l'intervention de même qu'à compléter les évaluations nécessaires dans les délais demandés (questionnaires et/ou entrevues).

À moins d'avis contraire, l'intervention a lieu du 13 septembre 2010 au 13 décembre 2010, les lundis matins de 8h30 à 10h00, au _____.

Signature du parent ou tuteur

Annexe 10

Grille d'observation maison des habiletés sociales

Habilité sociale	Comportement	Définition du comportement	Émission spontanée	Émission suite à un rappel verbal	Émission suite à un modèle ou du soutien	Non émission ou non observation
Demander de l'aide	Se rend compte qu'il a un problème, qu'il a besoin d'aide	Indices verbaux tel que nommer le problème, dire qu'il a besoin d'aide.				
		Indices non-verbaux tel que s'arrêter, regarder autour, froncer les sourcils.				
	Reste calme ou retrouve son calme	Ton posé, bouge lentement, respire à un rythme régulier. À coter sur une échelle de 0 (dort) à 10 (frappe).				
	Identifie quelqu'un pour l'aider	Va vers une personne, nomme son nom.				
	Vérifie la disponibilité de la personne	Questionne la personne, par exemple : «Peux-tu m'aider?»				
	Formule sa demande d'aide	Expose son besoin. Par exemple : « j'aimerais me rendre à la salle de bain?» ou «Je ne comprends pas... peux-tu m'expliquer?»				
	Écoute la réponse	Regarde la personne ou la direction indiquée, hoche la tête en signe de compréhension, est silencieux.				
	Réaction adéquate	Remercie la personne si elle l'a aidé. Remercie quand même si elle n'a pu l'aider. S'éloigne sans commentaire si la personne a répondu de façon désagréable.				

Habilité sociale	Comportement	Définition du comportement	Émission spontanée	Émission suite à un rappel verbal	Émission suite à un modèle ou du soutien	Non émission ou non observation
Savoir écouter	Regarde la personne qui parle	Maintient le contact visuel, corps orienté vers l'interlocuteur.				
	Écoute la personne	Est attentif, est silencieux, regarde la personne.				
	Attend son tour pour parler	Parle quand l'autre se tait, répond à une question de l'interlocuteur ou quand l'interlocuteur lui fait une mimique d'invitation à prendre la parole.				
	Montre son intérêt	Répond brièvement aux questions de l'autre, réagit au contenu en posant une question pertinente, émet une opinion, enrichit la discussion en respectant le thème.				
Initier une conversation	Choisit une personne	Regarde la personne, se dirige vers elle, se place à proximité. Tient compte de l'endroit et du moment.				
	Initie le contact	Salutation verbale : « Bonjour, comment ça va? » « Bonjour, as-tu un moment? ». Juge de la disponibilité.				
	Juge si l'autre écoute	Tient compte du contact oculaire et de l'attitude corporelle de l'autre.				
	Réagit adéquatement	Si la personne écoute, le jeune entame le sujet principal ou poursuit la conversation. Si la personne n'écoute pas, le jeune arrête de lui parler.				

Habilité sociale	Comportement	Définition du comportement	Émission spontanée	Émission suite à un rappel verbal	Émission suite à un modèle ou du soutien	Non émission ou non observation
Poursuivre une conversation	Choisit et aborde un sujet approprié	Tient compte du degré d'intimité avec son interlocuteur, tient compte des intérêts de l'autre.				
	Donne un signal à l'interlocuteur	Pose une question, se tait, fait une mimique pour encourager l'autre à parler.				
	Écoute la personne	Est attentif, est silencieux, regarde la personne.				
	Réagit/poursuit la conversation	Respecte le thème : pose des questions, donne son opinion.				
Terminer une conversation	Résume le sujet ou l'entente	Résume son point de vue et/ou celui de l'autre, reformule ce qu'ils ont convenu, confirme l'entente verbale.				
	S'excuse au besoin	S'excuse verbalement s'il y a lieu : «Pardon, je dois partir», «Je dois quitter, je suis attendu».				
	Quitte poliment	Fait une remarque finale : «À tantôt», « On se voit plus tard», «Je t'appelle ce soir».				

Habilité sociale	Comportement	Définition du comportement	Émission spontanée	Émission suite à un rappel verbal	Émission suite à un modèle ou du soutien	Non émission ou non observation
Réagir à la critique	Reste calme ou retrouve son calme	Ton posé, bouge lentement, respire à un rythme régulier. À coter sur une échelle de 0 (dort) à 10 (frappe).				
	Cesse son comportement non-approprié	Arrête d'émettre le comportement critiqué.				
	S'excuse	Demande verbalement pardon.				
	Réapparition du comportement critiqué	Le comportement ciblé se reproduit.				
Réagir à un comportement dérangeant	Reste calme ou retrouve son calme	Ton posé, bouge lentement, respire à un rythme régulier, attend, semble réfléchir. À coter sur une échelle de 0 (dort) à 10 (frappe).				
	Applique une réponse positive (non-violente)	Se tait, ignore, s'éloigne, exprime son malaise, demande de l'aide.				
	Choisit la meilleure alternative	Tient compte de la réceptivité de l'autre, utilise un vocabulaire approprié.				

Habilité sociale	Comportement	Définition du comportement	Émission spontanée	Émission suite à un rappel verbal	Émission suite à un modèle ou du soutien	Non émission ou non observation
Contrôler ses réactions agressives	Reste calme ou retrouve son calme	Ton posé, bouge lentement, respire à un rythme régulier, attend, semble réfléchir. À coter sur une échelle de 0 (dort) à 10 (frappe).				
	Applique une réponse positive (non-violente)	Se tait, ignore, s'éloigne, exprime son malaise, demande de l'aide.				
Identifier les émotions de base (colère, joie, peine, peur)	Nomme au moins quatre indices corporels et faciaux	Visage rouge, sueur, battements du cœur, souffle coupé, souffle accéléré, lèvres pincées, yeux plissés, yeux ouverts, sourcils, bouche, ouverture du corps, etc.				
	Associe les verbalisations à l'émotion concernée	Appariement adéquat ou reformulation qui conserve le sens.				
	Identifie les émotions selon le contexte	Utilise le mot correspondant à l'émotion ou un synonyme.				
	Identifie l'émotion sur des photos	Utilise le mot correspondant à l'émotion ou un synonyme.				
	Identifie l'émotion chez l'autre	Utilise le mot correspondant à l'émotion ou un synonyme.				
	Identifie l'émotion chez lui-même	Utilise le mot correspondant à l'émotion ou un synonyme.				

Habilité sociale	Comportement	Définition du comportement	Émission spontanée	Émission suite à un rappel verbal	Émission suite à un modèle ou du soutien	Non émission ou non observation
Exprimer ses émotions	S'exprime de façon socialement acceptable	Ton de la voix, mimique et gestuel appropriés.				
		Les mots utilisés sont respectueux, le vocabulaire précis, demande de l'aide au besoin.				