

Université Abderrahmane Mira Bejaia
Faculté des Sciences humaines et sociales
Département d'orthophonie et psychologie



جامعة بجاية
Tasdawit n'Bgayet
Université de Béjaïa

Mémoire de fin de cycle

En vue de l'obtention du diplôme de Master en orthophonie

Option : *Pathologie du langage et de la communication*

Thème :

*L'évaluation du lexique en production et en réception
chez les enfants autistes avec déficience intellectuelle*

Une évaluation des 4 cas autistes âgés de 9 à 15 ans

*Réaliser au sein du centre médico-pédagogique pour
enfants inadapté mentaux de Timezrit*

Réalisé par :

CHAKRI Fadhila

DEFLAOUI Nedjima

Encadré par :

Dr : HADBI Mouloud

Année universitaire : 2021/2022

Université Abderrahmane Mira Bejaia
Faculté des Sciences humaines et sociales
Département d'orthophonie et psychologie



جامعة بجاية
Tasdawit n'Bgayet
Université de Béjaïa

Mémoire de fin de cycle

En vue de l'obtention du diplôme de Master en orthophonie

Option : *Pathologie de langage et de la communication*

Thème :

*L'évaluation du lexique en production et en réception
chez les enfants autistes avec déficience intellectuelle*

Une évaluation des 4 cas autistes âgés de 9 à 15 ans

*Réaliser au sein du centre médico-pédagogique pour
enfants inadaptés mentaux de Timezrit*

Réalisé par :

CHAKRI Fadhila

DEFLAOUI Nedjima

Encadré par :

Dr : HADBI Mouloud

Année universitaire : 2021/2022

Table des matières

Remerciement

Dédicace

Liste des abréviations

Liste des tableaux

Liste des figures

Introduction

Problématique

Partie théorique

Chapitre I: Présentation de l'autisme

1. Généralité	9
1.1 L'évolution du concept de l'autisme :	9
1.1.1 Histoire des psychoses infantiles jusqu'à kanner :	9
1.2 Nosographie contemporaine :	11
1.3 Principales manifestations des troubles du spectre de l'autisme :	12
1.3.1 La communication et les interactions sociales :	13
1.3.2 Les comportements stéréotypés et intérêts restreints :	15
1.3.3 Les particularités communes aux TSA :	17
1.4. Étiologie de l'autisme :	21
1.4.1 Le trouble du spectre autistique est un trouble neurodéveloppemental:	21
1.4.2 Facteurs génétiques :	23
1.4.3 Facteurs liés à l'environnement modulant l'expression des gènes :	23
1.5 Epidémiologie :	24
1.5.1 Prévalence :	24
1.5.2 Sex-ratio :	26
1.6 Les pathologies souvent associé à l'autisme :	27
1.6.1. Pathologie génétique :	27
1.6.2. L'épilepsie :	28

1.6.3 La déficience intellectuelle :	29
1.6.4 Troubles sensoriels :	30
1.6.5 Les troubles de sommeil :	30
1.6.6 Les troubles Dys :	30
1.6.7 Troubles alimentaires et digestifs :	30
1.7 Le diagnostic et les programmes d'intervention des enfants autiste :	31
1.7.1 Outils de diagnostic d'évaluation clinique de l'autisme :	31
1.7.2 Diagnostic différentiel de l'autisme :	37
1.7.3 Les programmes d'intervention :	40

Chapitre II: Le langage

1. Définition du langage	45
2. Les niveaux d'analyse linguistique :	46
2.1 Niveau phonologique :	46
2.2 Niveau morphologique :	46
2.3 Niveau syntaxique :	46
2.4 Niveau lexical et sémantique :	47
3. Le développement du langage :	47
3.1. La période pré linguistique (0-1 an).....	48
3.2 La production	48
3.3 La réception.....	49
3.4 Les énoncés d'un seul mot.....	50
3.5 Les énoncés de deux mots (2 ans).....	51
3.6 La phrase (3 ans)	52
3.7 Le syntagme nominal et le syntagme verbal.....	53
4. Les théories du langage	55
4.1 Les approches behavioristes.....	55
4. Les théories d l'acquisition de langage.....	55
6. Le développement lexical chez les enfants	58
6.1 Sur extensions	59

6.2 Approximation sémantique	60
6.3 Structuration et catégorisation lexicale	61
7. le langage chez les autistes	62
7-1-L'acquisition du langage par un enfant autiste.....	62
8. Bilan du langage oral chez d'un enfant autistes :.....	64
8-1 Démarche et outils de l'évaluation	64
8-2Analyse intégrative du langage.....	64
8-3 Outils	66
8-4 Batteries composites	67

Partie pratique

Chapitre I: La méthodologie de la recherche

1. La pré-enquête :	70
2. Présentation du lieu de stage :	71
3. La méthode utilise :	72
4. L'outil d'investigation :	73
4.1 Le test :	73
4.1.1 ELO (évaluation du langage oral) :	74
5. Les procédures de recueil de donnes :	75
5.1 Les conditions du déroulement de notre stage :	75
5.2 Les étapes du déroulement de notre stage :	76
6. Les groupes de recherche :	77
Synthèse :	78

Chapitre II: Présentation et analyse des résultats

1. Présentation et analyses des cas :	79
1.1 Présentation du cas OU. B :	79
1.1.1 Présentation de la feuille de passation du cas OU. B :	79
1.1.2 Analyse des résultats du cas OU.B :	80
1.1.2 Analyse des résultats du cas L.S :	83
1.2 Présentation du cas W.T :	85

1.2.1 Présentation de la feuille de passation du cas W.T :.....	85
1.2.2 Analyse es résultat du sa W.T :.....	85
1.3 Présentation du cas N.B :	88
1.3.1 Présentation de la feuille de passation du cas N.B :	88
1.3.2 Analyse des résultats de N.B :	89
2. discussion des hypothèses :.....	91
Conclusion générale	93
Bibliographie.....	95
Annexes.....	100
Résumé	

Remerciement

Nous tenons à remercier le dieu qui nous a donné la force et le courage de réaliser ce modeste travail.

Au terme de ce travail nous tenons à exprimer nos vifs remerciements et notre profonde gratitude à M HADBI Mouloud de nous avoir encadré et pour sa disponibilité et ses précieux conseils.

On remercie également a notre prof Ms MERRAKCHI, de nous avoir aidé et répondre a nos question.

Notre profonde gratitude et nos plus vifs remerciements à tous ceux qui ont accepté d'examiner et juger notre modeste travail.

Un grand merci à nos familles pour leurs soutiens aussi bien moral que financier et pour leurs sacrifices.

Finalement, nous remercions tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce travail.

MERCI

Dédicace

Je dédie ce travail :

A ma chère mère Zahia

A mon cher père Smaine

Qui n'ont jamais cessé, de formuler des prières à mon égard, de me soutenir et de m'épauler pour que je puisse atteindre mes objectifs.

A mes frères Ferhat et Koussila et sa femme Lydia et ses enfants Lana et Aksel,

A mes chère sœurs Lydia et son fils Adem et Meriam et son marie Rahim

A la mémoire de mon cher grand père et grande mère que dieu garde votre âme dans son vaste paradis.

A ma chère binôme Nedjima

Pour son entente et sa sympathie

A mes oncles et leurs familles, et ma très chère cousine Katia, Nawal, Karima, Cylia, Katia, Karima, Yasmine, Karima, Lynda, Nassima, Didouh

*A ma chère Souad *allah yerehemha* que le paradis soit sa dernière demeure.*

A mes chers cousin Yanis et Youba ,

A mon chères amie Ritaj. Imen

Et pour tous ceux qui ont contribué de proche ou de loin à l'élaboration de ce Modeste travail.

Ch. Fadhila

Dédicace.

Dédicace Je dédie cet humble travail à :

Avec un énorme plaisir, un cœur ouvert et une immense joie que je dédie ce modeste travail. À la mémoire de mon père Abdefl-kader «allah yarehmou»

A ma mère :

L'aucune dédicace ; ni aucun travail ; ne saurait exprimer la reconnaissance ; le respect et l'amour que je te porte. Ta bonté ; ta générosité ta patience sont sans limite. Tu as su être pour moi la mère ; la sœur et l'amie. Sans tes prières ; tes précieux conseils ; ton dévouement sans bornes ; je n'en serais pas là aujourd'hui. Que dieu le tout puissant te préserve et t'accorde santé, te prête une longue vie et bonheur.

Je dédie également ce travail à :

A mes chères sœurs, Sahra et Safia , Nedjima,Fatiha,Aziza,Saida .

A mes chère frères, Khaled,Akli,farid, arezki,Djamel

A mon très chère neveu Fateh, et à tous les malades de leurs souhaiter de tous cœur un prompt rétablissement,

A mon binôme Fadhila qui a su me soutenir. Et a ses parents également pour leur aide et leur soutien constant.

A tous les membres de ma famille petits et grands.

A mes amies, Imen, Ritaj ,Tinhinane, Thassaidit.

D. Nedjima

Liste des abréviations

TSA : trouble du spectre de l'autisme.

DSM : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux.

TED : trouble envahissons de développement.

TED Nos : trouble envahissons du développement non spécifique.

CIM : classification internationale des maladies.

CFTMEA : classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent.

IRM : imagerie résonance magnétique.

DI : déficience intellectuelle.

S.N : segment nominal.

S.V : segment verbal.

LAD : langage acquisition device.

QI : quotient intellectuelle.

L'OMS : l'organisation mondial de la sante.

AHN : autismes de haut niveau.

SA : syndrome d'asperger.

Liste des tableaux

N° de tableau	Titre	Page
Tableau 01	Les programmes d'intervention	49
Tableau 02	L'acquisition du lexique	71
Tableau 03	Répartition des épreuves par domaines du test ELO	81
Tableau 04	La caractéristique de groupe de recherche	83
Tableau 05	Les résultats de OU. B lors de la passation.	88
Tableau 06	Les résultats de L.S lors de la passation.	91
Tableau 07	Les résultats de W.T lors de la passation.	93
Tableau 08	Les résultats de N.B lors de la passation.	96

Liste des figures

N° de figure	Titres	Page
Figure 01	Caractéristiques des enfants autistes	26
Figure 02	Particularité sensorielle dans l'autisme	28
Figure 03	Cotation de la CARS	42
Figure 04	Interprétations des résultats de l'épreuve de lexique en réception de O.U.B.	88
Figure 05	Interprétations des résultats de l'épreuve de lexique en production de O.U.B.	88
Figure 06	Interprétations des résultats de l'épreuve de lexique en réception de L.S.	91
Figure 07	Interprétations des résultats de l'épreuve de lexique en production de L.S.	91
Figure 08	Interprétations des résultats de l'épreuve de lexique en réception de W.T.	94
Figure 09	Interprétations des résultats de l'épreuve de lexique en production de W.T.	94
Figure 10	Interprétations des résultats de l'épreuve de lexique en réception de N.B.	97
Figure 11	Interprétations des résultats de l'épreuve de lexique en production de N.B.	97

Introduction générale

L'autisme demeure une maladie méconnue en Algérie, car elle est peut enseigner à l'Université et dans l'establishment de soi. C'est une affection psychiatrique fréquente. Si on prend la prévalence pour l'ensemble du spectre de 1 à 1000 par extrapolation il y aurait 50 000 autistes environ entre enfants, adolescents et adultes qui vivent en Algérie sans soin. De fait il constitue une problématique de la sante public. **(M-Ould taleb,2015, p107).**

L'autisme est un handicap complexe à expression multiple dont les causes restent encore inconnues. Le terme dérive des grecques *autos* qui signifie sois même il a été utilisé pour la première fois par le psychiatre suisse E. Bleuler en 1911**(pierre ferrari ,2010, p03)**. Les troubles du spectre de l'autisme (TSA) forment un groupe hétérogène de pathologies neuro-développementales qui, à l'inverse des pathologies neurologiques focalisées, touchent différents secteurs du fonctionnement cérébral (socio-émotionnel, langagier, perceptif, moteur, exécutif) **(F. Bonnet-Brilhault, 2017, p01)**. Les personnes autistes ont des difficultés dans les interactions sociales. Ils présentent aussi des intérêts restreints et des comportements rigides et répétitifs. L'autisme touche les enfants et les adolescents de différentes façons. Cependant, les signes principaux sont des problèmes de communication avec d'autres personnes, comme parler peu ou pas du tout, parler d'une façon inhabituelle, des problèmes à exprimer ou à démontrer ce qu'ils ressentent ou ce qu'ils pensent, des difficultés à comprendre la manière dont les autres personnes expriment ou, démontrent leurs idées et leurs sentiments, ou à y répondre ; **(NICE, 2013, p18)**

La production du langage est une habilité spécifiquement humaine. La majorité des adultes et des enfants sont capable de produire à l'oral, des discours, des phrases et des mots sans difficultés **(Patrick Bonin, 2013, p14)**. Par contre pour certain l'accès au langage oral et à la communication apparait difficile notamment chez les personnes atteint un TSA. Les troubles du langage oral et de la communication sont parmi les critères du Diagnostic d'autisme. Ils

représentent un handicap majeur pour les personnes atteintes d'autisme dans leur développement personnel, la construction d'une vie sociale et leur vie quotidienne.

Notre étude se situe dans l'optique de comprendre les difficultés du langage oral que rencontre chez les enfants TSA, plus précisément les difficultés qui touchent le niveau lexical c'est à dire la production et la compréhension lexical, à l'aide des tests standardisés nous allons explorer le vocabulaire mental chez les enfants autistes avec déficience intellectuelle associée. Nous allons vérifier si l'enfant autiste est capable de produire et comprendre les mots (les objets et les verbes).

Le premier chapitre sera consacré au contexte théorique de notre recherche. Nous allons tout d'abord présenter l'autisme. Nous y verrons un aperçu historique de la pathologie l'évolution du terme à travers le temps et les classifications de la pathologie. Puis nous allons parler du tableau clinique de l'autisme (les symptômes), et l'étiologie du trouble et son épidémiologie.

Postérieurement nous allons entamer les pathologies associées à l'autisme enfin nous allons achever le chapitre par les outils de dépistage de l'autisme et le diagnostic différentiel du trouble et les différents programmes thérapeutiques et éducatifs de prise en charge.

Le deuxième chapitre comprend les généralités sur le langage oral dans un premier lieu nous allons toucher quelques définitions du concept et les différentes théories du langage oral ainsi que les niveaux d'analyse linguistiques de ce dernier, après nous allons parler de l'évolution du langage oral chez l'enfant l'élément qui suit va s'intéresser sur les troubles du langage chez l'enfant autiste et les batteries qui permettent de les détecter.

Problématique

Le lexique est la base de notre langage à partir des premiers mots jusqu'à la fin de notre vie, le langage est indispensable pour communiquer, lire, écrire, comprendre, c'est la raison pour laquelle la maîtrise de la langue est notamment enrichissement du vocabulaire à travers différents apprentissages à l'école a un niveau pluridisciplinaire ont une place très importante, c'est grâce à cela que l'enfant accroît sa capacité à se repérer dans le monde qu'il entoure, à mettre des mots sur des expériences, ses opinions et ses sentiments, à comprendre ce qu'il écoute et ce qu'il lit, et à s'exprimer de façon précise à l'oral comme à l'écrit **(Rachel Brousseau, 2013, p04)**

Selon la CIM 11, L'autisme fait actuellement partie des Troubles envahissants du développement. (TED). Cette notion fait référence au caractère extensif, précoce et durable des anomalies dans plusieurs domaines du développement. [Baghdadli, 5] La classification internationale de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la CIM-11, définit cette pathologie comme : "un trouble envahissant du développement, caractérisé par un développement anormal ou déficient, manifeste avant l'âge de trois ans avec une perturbation caractéristique du fonctionnement dans chacun des trois domaines suivants : interactions sociales, communication, comportements (au caractère restreint et répétitif)".

L'autisme touche trois à quatre fois plus des garçons que des filles (Yeargin-all Sopp et al., 2003) et affecterait 1 enfant sur 160 dans le monde selon les dernières estimations de l'OMS, En Algérie, à l'heure actuelle, aucune estimation exacte n'a été rapportée mais environ 39000 autistes ont été recensés **(Ziani-bey, 2016, p49-55)**

Le langage est altéré chez les personnes avec autisme, lorsqu'ils semblent communiquer avec aisance, les aspects formels (parole et langage oral, écrit et

gestuel) et pragmatique (attention conjointe et autre acte de communication adressés à l'autre) doivent évaluer de manière précise et rigoureuse.

La cognition est en relation avec la compréhension. Les personnes atteintes d'autisme ont un "style cognitif différent", cela équivaut à dire que leur cerveau assimile les informations sensorielles de manière inhabituelle. Leurs facultés de développement sont retardées mais aussi et surtout différentes. Selon Peeters, 20% des personnes autistes sont "normalement douées", c'est-à-dire qu'elles ont une "intelligence respectable", mais elles n'arrivent pas à l'exploiter dans la vie quotidienne. Ces personnes sont souvent très handicapées sur le plan social. Cette intelligence est évaluée par des tests. Les situations de tests ne reflètent pas l'utilisation qui en est faite. N'attribue-t-on pas à Alfred Binet la célèbre formule "l'intelligence, c'est ce que mesurent mes tests" ? (Bien qu'il ne l'ait, paraît-il, jamais dite). **(PEETERS T, 2008, p229)**

Une étude de Markman (1991) montre que, chez le jeune enfant de 2 ans et plus, les choix dans le type de structuration lexicale se partagent entre une organisation thématique des objets (par exemple, mettre ensemble « chien » et « os ») et une organisation hiérarchique (ou taxonomique, par exemple, mettre ensemble « chien » et « chat »). Ainsi, l'enfant commencerait d'abord par une catégorisation de type thématique, cette relation étant peu contraignante du point de vue cognitif, puis à un âge plus avancé (bien souvent, pas avant 10 ans), il préférera une catégorisation de type hiérarchique, plus contraignante mais permettant de faciliter l'apprentissage de mots nouveaux.

Dans le domaine de la psychopathologie, l'étude de troubles du spectre autistique, tels que l'autisme de haut niveau (AHN) et le syndrome d'Asperger (SA), montre que les personnes atteintes de ces troubles présentent une grande rigidité tant sur le plan du comportement que sur le plan cognitif. De nombreux témoignages (Grandin, 1997 ; De Clercq, 2002 ; Vermulen, 2005 ; Mottron,

2006) montrent que les personnes atteintes de ces troubles ont une façon de penser différente des personnes sans trouble. En effet, elles se comparent ou sont souvent comparées à des robots ou des ordinateurs, étant donné qu'elles accumulent énormément d'informations qu'elles ne semblent pas organiser de façon hiérarchique ou thématique. Il semblerait que les personnes autistes possèdent leur propre catalogue conceptuel qui se compose de chaque détail, de chaque événement ayant été vu ou vécu dans leur environnement.

De nombreux chercheurs ont constaté, une incapacité à décontextualiser et une hyper sélectivité qui émaneraient d'une grande sensibilité aux détails chez les individus atteints d'un TSA du type syndrome d'Asperger. Par ailleurs, des études rapportent des perturbations langagières au niveau de la compréhension en particulier concernant l'interprétation de la dimension non-littérale des expressions et de l'implicite dans cette population (Frith, 1989 ; Happé, 1995).
(Juliette Elie-Deschamps, 2016, p16)

Objectif

Le choix de notre sujet de recherche s'est dessiné assez rapidement au fur à mesure par ce qu'aujourd'hui les enfants TSA est le sujet plus répondu

Dans le monde, toute en montrant les difficultés rencontrées par les enfants et leurs parents dans la vie quotidienne on s'est intéressé à ce trouble afin d'avoir et d'acquies des connaissances sur le sujet.

Ce thème pourra nous aider dans notre carrière professionnelle, par la curiosité de comprendre mieux les enfants TSA. Ainsi décrire le plus objectivement possible la réalité d'une tranche d'enfant TSA qui souffre de ce trouble. Connaître le vécu, la souffrance de ces enfants.

On a posé la problématique suivante :

Est-ce que la production et la compréhension lexicale est altérés chez les enfants atteints de l'autisme avec déficience intellectuel?

Hypothèse de recherche :

Les TSA avec déficience intellectuel présentant un dysfonctionnement du langage notamment dans le niveau sémantique et lexical.

Définition des concepts clés :

Trouble du spectre de l'autisme :

Il s'agit d'un syndrome complexe dont les contours ont été précisés au fil des années, depuis que le terme a été introduit par le pédopsychiatre Leo Kanner en 1943. Son tableau clinique est caractérisé par des difficultés à plusieurs niveaux : un trouble du développement de l'interaction sociale réciproque, avec un détachement social marqué et une capacité d'empathie limitée, des réactions émotionnelles aux approches d'autres personnes altérées et marquées par l'évitement, des déficiences de la communication verbale et non verbale et un développement du langage en général très perturbé. (breterand.J ,2012, p16).

Lexique réceptif et expressif :

Dun point de vue linguistique, le lexique est défini comme ensemble des unités minimales significative que possède un individu, que ces unités soit exprimé verbalement (lexique expressif) ou qu'elle soit comprise (Lexique réceptif) ; ces unités sont plus au moins complexes (morphèmes lexicaux, et grammaticaux, combinaison de lexème). (Caroline.b ,2012, p95).

Définition opérationnelle :

Trouble du spectre de l'autisme avec déficience intellectuelle :

C'est un trouble inné qui se caractérise par un déficit affecte l'intelligence dont les symptômes apparaissent dès le jeune âge (avant 18 mois), Il touche simultanément : les interactions sociales, la communication à la fois verbale et non verbale, le comportement avec des gestes répétitifs, stéréotypés, des rituels, des intérêts restreints. Et le développement globale e l'enfant comme : développement cognitif, intellectuel, social, apprentissage

Lexique réceptif et expressif :

Le lexique réceptif du langage est la capacité à accéder au sens du message reçu, qu'il soit oral ou écrit. Et le niveau lexical expressif du langage est la capacité à pouvoir transmettre un message construit et formellement correct par rapport aux règles de la langue de référence, que ce soit à l'oral ou à l'écrit.

Partie théorique

Chapitre I

Présentation de l'autisme

Préambule :

Les troubles du développement touchent les enfants avant leur naissance ou au cours de l'enfance perturbent le développement normal de l'enfant, et résultent souvent d'un dysfonctionnement cérébral. Souvent associés à des troubles du langage, ils prennent des formes différentes selon la région du cerveau qui est touchée. Il peut s'agir d'un trouble physique ou d'un trouble psychologique affectent : le langage, la motricité, la cognition tel que l'intelligence, le comportement et les différentes activités de la vie quotidienne.

<https://orthophonie.ooreka.fr/comprendre/trouble-developpement>). 02/05/2022
a 15h05

Particulièrement Les troubles du neuro-développement se caractérisent par une perturbation du développement cognitif ou affectif de l'enfant qui entraîne un retentissement important sur le fonctionnement adaptatif scolaire, social et familial.

Ils regroupent les troubles du développement de la communication et des interactions sociales (autisme), du développement intellectuel (déficience intellectuelle ou retard mental), du développement de l'attention (trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité ou impulsivité) et des fonctions associées (mémoire de travail, contrôle exécutif...) mais aussi les troubles d'acquisition du langage ou des coordinations (dysphasies et dyspraxies) et les troubles spécifiques des apprentissages scolaires (par exemple la dyslexie-dysorthographe).

1. Généralité

1.1 L'évolution du concept de l'autisme :

1.1.1 Histoire des psychoses infantiles jusqu'à kanner :

Jusqu'au début du XIX^{ème} siècle, la pathologie mentale de l'enfant, quelle que soit, était considérée comme l'expression d'une déficience du développement de l'intelligence. La psychose(ou la folie) était à cette époque considérée comme exclusivement liée à l'adulte.

Depuis des similitudes cliniques ont peu à peu été mises à jour entre certaines psychoses décrites chez l'adulte et les manifestations de certains enfants, ce qui fait supposer dès la fin du XIX^{ème} siècle la possibilité d'une éclosion très précoce de troubles psychotiques de la personnalité. **(P.MAZET, Collaborateur, 2001, p28).**

Les descriptions très documentées des onze patients qualifiés « d'autisme » par Léo Kanner(1943) montrent déjà combien ce qu'il avait choisi d'appeler alors « autisme », englobait de réalité individuelle forte différente et de symptômes très variés. De même, la publication presque simultanée, mais beaucoup moins connue de Hans Asperger 1944, rapporte un ensemble de cas avec « psychopathie autistique » qu'il décrit comme présentant des signes proches de ceux évoqués par Kanner.

Kanner et Asperger publièrent leurs études en identifiant et choisissant tous deux le terme « autistique » et ils ont décrit de façon si précise et complète les comportements de ces personnes. **(T.CAROL, G.BRUNO, 2003, p8).**

Ensuite Kanner donna à sa première publication décrivant ces enfants, le titre : « troubles autistique de contact effectif » pour accentuer l'importance de comportement dans les onze premiers cas.

Le terme « autistique » avait été créé bien avant Kanner en 1906 par Eugen Bleuler, un psychiatre suisse, pour décrire le phénomène par lequel certains patients restaient à l'intérieur d'eux même et perdaient tout contact avec la réalité. **(E.R.RITVO, G.LAXER, 1983, p14).**

Bleuler introduit le terme d'autisme en psychiatrie adulte dès 1911 mais pour décrire un des symptômes majeurs de la schizophrénie consistant en la perte de contact avec la réalité qui les conduit à s'exclure de toute vie sociale par un mécanisme de repli sur soi. **(T.CAROL, G.BRNO, 2003, p9).**

B.Bettelheim parle de carences maternelles qui poussent le bébé à un détachement de la mère afin d'éviter l'échec de relation mère-enfant, ce qu'il publie dans un livre en 1967 « La forteresse vide », et il crée des centres d'accueil qui séparent avant tout les enfants autistes de leur famille. **(G.LOLORD, D.SAUVAGE, 1990, p129).**

Les premières confirmations européennes de l'existence de ce syndrome furent données en 1952 par Van Krevelin en Hollande, et L.Sterm en France. **(DE.R.VILLARD, 1984, p68).**

Kanner déclare dans une conférence de la National Society for Autistic Children en 1969 que l'on s'était à tort servi de certains points de son article de 1943 pour désigner « les mères d'un doigt accusateur » achevant son intervention par un mémorable « parents, je vous acquitte. »

En 1980 le concept de psychose infantile a été abandonné au plan international, en même temps qu'est apparu le terme de trouble envahissement du développement (en 1975 dans la CIM) et en 1980 dans le DSM-III. **(ABAGHDADLI, M. NOYER, 2007, p26).**

Actuellement le terme « d'autisme » est utilisé pour désigner un trouble du développement altérant essentiellement les interactions sociales et la

communication, contraignant la personne à un retrait du monde social, faute de moyens adaptés pour pouvoir communiquer de façon adéquate. Parler « d'autisme » est pour plus approprié que parler « d'autisme d'infantile » « d'autisme infantile précoce » ou encore « d'autisme de l'enfant » terme qui pourraient laisser supposer que ce sont des caractéristiques de l'enfance et que l'on peut en sortir en grandissant. (T. CAROLE, BRUNO, 2003, p11).

1.2 Nosographie contemporaine :

Dans les différentes classifications internationales (classification internationale des maladies CIM10, Manuel Diagnostique et Statistiques des troubles DSMIV, et classification Française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent CETMEA, l'autisme et ses formes cliniques sont appelés trouble Envahissants du développement. La forme la plus typique est décrite sous le terme de « Autisme infantile » dans la CIM10 et la CFTMEA ou « troubles Autistique » dans le DSMIV.

Le syndrome d'asperger est également présent dans les trois classifications. La définition des autres formes d'autisme au sens plus large est moins consensuelle mais on peut aisément mettre en évidence des correspondances entre les différentes catégories des trois classifications : Trouble Envahissants de Développement non spécifiés dans le DSMIV, autiste atypique et trouble hyperactifs avec retard et stéréotypies dans la CIM10. Le CETMEA individualise aussi la psychose précoce déficitaire et la dysharmonie psychotique une nouvelle entité dénommé « multiplex développement discorder » MDD récemment décrite par une équipe américaine peut correspondre à ces dysharmonies psychotiques.

Les deux classifications qui servent actuellement de référence son celle de l'association américaine de psychiatrie(APA) et celle de l'organisation mondial

de la santé (OMS) ou l'autisme appartient aux troubles envahissants du développement.¹²

Les dernières versions de ces systèmes de diagnostic, le DSMIV (APA, 1994 et 2000) et la CIM-10(OMS, 1993) ont donc beaucoup en commun même si quelques différences persistent.

Dans les premières versions de DSM parue en 1952, comme dans le DSM-II (1968), l'autisme était inclus dans la catégorie des réactions schizophréniques de types infantile. C'est en 1980 avec le DSM-III qu'apparaît la notion de trouble envahissant du développement. **(J.F. CHOSSY, 2003, p11).**

1.3 Principales manifestations des troubles du spectre de l'autisme :

Les troubles du spectre de l'autisme sont des troubles précoces : les signes sont habituellement réunis dans les trois premières années de la vie.

La façon dont les TSA se manifestent est multiple avec des profils cliniques hétérogènes résultant de la variété des symptômes, du degré d'autisme présenté, des pathologies et troubles éventuellement associés, de la présence ou non d'une déficience intellectuelle et de l'évolution propre de la personne, qui peut être liée en partie aux accompagnements proposés. La nature et l'intensité des troubles varient selon les personnes, mais aussi au cours du temps pour une même personne.

Malgré l'hétérogénéité des profils, deux types de manifestations définissent les TSA : les troubles de la communication et des interactions sociales, les comportements stéréotypés et intérêts restreints. Il existe de plus des particularités communes aux TSA : sensorielles et cognitives. En fonction des personnes et de leur environnement, les conséquences de ces manifestations cliniques sur la réalisation de leurs activités et leur participation sociale sont variables. **(Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie ,2016, p13)**

1.3.1 La communication et les interactions sociales :

1.3.1.1 La communication verbale et non verbale La communication verbale et non verbale :

Les troubles durables relatifs à la communication portent sur l'acquisition de la parole, du langage ou de toute forme de communication non verbale. Ils touchent de façon quantitative et qualitative :

- le versant expressif : retard de parole et/ou de langage, présence de néologismes, jargon, difficultés dans la structure syntaxique et morphosyntaxique (difficultés dans l'utilisation des pronoms, inversions pronominales), registre et fonctions du langage très restreints (pas ou peu de demandes, verbales ou non, spontanées exprimées), règles de la conversation non intégrées (non-respect du tour de parole, pas de prise en compte des conversations), altération de la prosodie et de l'intonation (intensité de la voix souvent inadaptée, trop forte, ton monotone et prosodie souvent mimétique ou artificielle), inadéquation des réponses aux questions (écholalies immédiates et différées, c'est-à-dire répétitions de tout ou d'une partie d'une phrase, quelques persévérations), invariance verbale (monologues présents en situation de jeu, stéréotypies verbales, mais pouvant varier), altération de l'expression non verbale (contact oculaire insuffisant, expressivité faciale réduite, expressivité corporelle inadaptée, gestes sociaux ou conventionnels peu utilisés comme hochements de têtes, gestes descriptifs...)
- Le versant réceptif : difficulté de compréhension de la parole, des mots, du sens littéral et figuré des phrases, des mimiques et des attitudes corporelles; difficulté de compréhension du sens, de l'implicite et du second degré du langage ;
- L'utilisation du langage dans sa fonction sociale : langage pas ou peu dirigé vers l'autre, mauvaise adaptation au contexte, trouble de la pragmatique

- Le jeu : altération du jeu (capacités de faire semblant, de créativité, d'imitation, de jeu symbolique ; production de jeu répétitif et stéréotypé, de jeu non fonctionnel).

Ces troubles peuvent limiter les capacités d'inclusion sociale, scolaire, professionnelle, du fait de leurs conséquences sur :

- La communication pour établir des relations et faire connaître ses besoins élémentaires
- Les restitutions orales ;
- La compréhension des consignes orales et écrites ;
- Les relations et situations d'échanges (fonction sociale du langage) ;
- Les apprentissages scolaires. **(Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, 2016, p14)**

1.3.1.2 Les interactions sociales :

Les troubles relatifs aux interactions sociales sont globaux. Ils touchent dès les premiers stades du développement les interactions précoces entre la personne et son entourage. La personne est isolée et ne recherche pas le contact des autres et particulièrement des personnes de son âge. Lorsque l'intérêt social se développe, les modes d'entrée en communication sont maladroits, et la personne ne parvient pas à maintenir l'échange durablement. L'interaction sociale avec l'environnement humain peut être améliorée si celui-ci s'adapte à la personne et lui facilite la situation. Ainsi, peuvent être altérés :

- La capacité à regarder, pointer, montrer, partager (échange par le regard, pointage pour partager un intérêt en commun, coordination entre regard et vocalisation dans les initiatives sociales, désignation des objets)
- L'orientation à l'appel du prénom ;

- La capacité d'attention conjointe (capacité à partager un événement avec autrui en attirant et maintenant l'attention de l'autre vers un objet ou une personne dans le but d'obtenir une observation commune et conjointe)
- La réciprocité sociale ou émotionnelle (capacité d'empathie et de compréhension des états émotionnels de l'autre, partage de plaisir, offre de réconfort, réponse aux sollicitations sociales en particulier des pairs, jeux de groupe avec les pairs, demande d'aide, bavardage et commentaires, initiation de la relation sociale)
- La capacité de jeu partagé (symbolique ou réel) ;
- Le niveau de développement de la théorie de l'esprit (capacités à attribuer des états mentaux à soi-même et aux autres et à interpréter le comportement d'autrui en termes d'états mentaux), de la motivation et de l'attention sociale.

Ces altérations peuvent limiter les capacités d'inclusion sociale, scolaire, professionnelle, du fait de leurs conséquences sur les relations et situations d'échange : les relations sont perturbées et peuvent créer des situations de malentendus, de conflits, d'isolement. Par ailleurs, ces troubles ont particulièrement un impact sur le fonctionnement de la vie familiale au quotidien et sur la vie sociale de la famille (confinement à domicile, souffrance éventuelle de la fratrie...). (**Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, 2016, p15**)

1.3.2 Les comportements stéréotypés et intérêts restreints :

Les personnes avec TSA possèdent des centres d'intérêt restreints et souvent atypiques (ex. : les changements climatiques, les mécanismes des objets...) qui peuvent rapidement devenir envahissants pour eux-mêmes et pour leurs proches. Leurs activités ont également tendance à être répétitives, et ces personnes présentent fréquemment des actions ou des mouvements stéréotypés (ex. : des

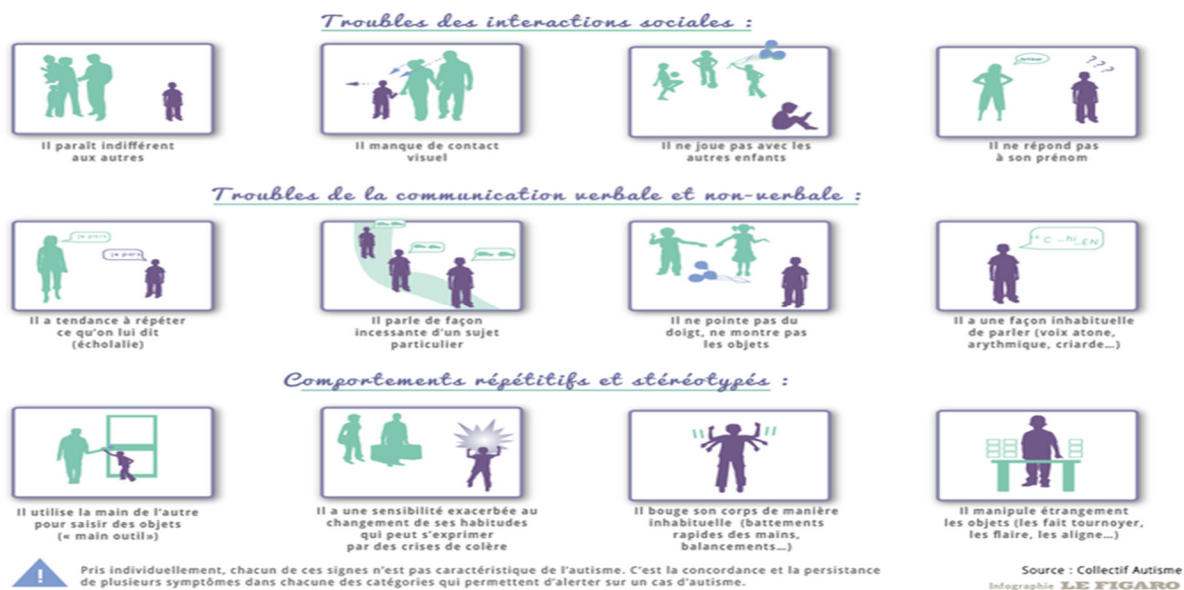
balancements du tronc ou d'autres parties du corps) qui peuvent également perturber leur apprentissage et leur intégration sociale.

Elles peuvent être fascinées par des objets inhabituels (bouts de ficelle, plumes, miettes...) ou utiliser de façon inhabituelle des objets ou des jouets (faire tourner indéfiniment une roue de petite voiture...). Elles ont souvent besoin de rituels plus ou moins complexes et supportent très mal les changements dans le quotidien du fait d'un besoin d'immuabilité des situations et de l'environnement. Il peut s'agir de stéréotypies motrices (mouvements répétés, maniérisme...), liées aux objets (utilisation de manière répétée d'un objet sans prendre en considération sa fonction), vocales (production ou reproduction répétées de sons, de mots ou de phrases : écholalies), sensorielles (visuelles, auditives, tactiles) ...

Tous ces comportements sont plus ou moins envahissants et peuvent persister au-delà de l'enfance ou au contraire s'atténuer. Ils peuvent également s'accroître dans certaines situations ou réapparaître à certaines périodes de la vie.

Ces comportements répétitifs sont également des indicateurs du niveau de stress, de fatigue ou d'ennui, mais aussi des préférences sensorielles de la personne **(Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, 2016, p15)**

Figure 1 : Caractéristiques des enfants autistes



1.3.3 Les particularités communes aux TSA :

1.3.3.1 Particularités sensorielles :

Sont évoquées ici les « particularités sensorielles » relatives au niveau du traitement de l'information sensorielle et non les atteintes des fonctions visuelles ou auditives. Ces particularités se caractérisent par une grande variabilité du point de vue de leur expression et de leur impact dans la vie quotidienne.

Les particularités du traitement sensoriel peuvent en effet toucher tous les systèmes sensoriels : visuel (capacité de voir), auditif (perception des sons), tactile (perception du toucher, mais aussi de la pression, de la douleur et de la température), olfactif (capacité de sentir), gustatif (sens du goût) ainsi que la proprioception (capacité de percevoir des stimuli internes à l'organisme, notamment ceux liés à la position et aux mouvements du corps) et le système vestibulaire (détection du mouvement et position centrale dans l'oreille interne, équilibre).

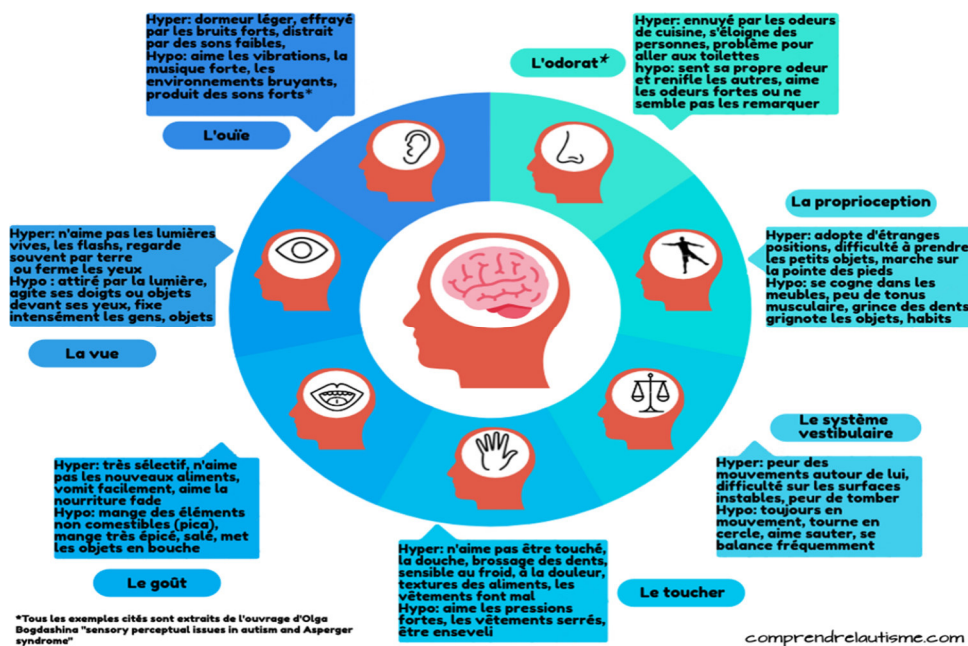
Ces particularités ont des conséquences multiples sur l'adaptation des personnes dans leur environnement et sur les apprentissages cognitifs et sociaux.

Ainsi, les personnes avec TSA ne présentent pas de déficit sensoriel proprement dit, mais peuvent retenir et porter leur intérêt sur des caractéristiques de l'environnement différentes comparé à une personne « neurotypique », et leur réaction peut alors être exagérée (hyperactivité), modérée, inexistante (hypoactivité) ou entraîner une recherche itérative de stimulation.

Ces particularités peuvent limiter les capacités d'inclusion sociale, scolaire, professionnelle du fait de leurs conséquences sur :

- La communication réceptive et expressive (absence de réponse aux interpellations, absence de compréhension de l'intonation de voix, recours au toucher au lieu de la parole...);
 - L'organisation du quotidien (anxiété lors de la toilette, du brossage des dents, lors de la coupe des cheveux ou des ongles, inadaptation de l'habillement à la température extérieure, absence de conscience du danger...);
 - Les soins et les examens somatiques (anxiété lors de l'examen clinique, à la pose des électrodes d'électroencéphalogramme – EEG...);
 - Les déplacements dans les transports (inquiétude dans les transports en commun, mal des transports...);
 - Les activités d'apprentissage (impossibilité de toucher certains matériaux – colle... –, de se concentrer dans le bruit de la classe...)
 - L'alimentation (tri sélectif, dégoût vis-à-vis d'odeurs...)
 - La fréquentation de certains lieux sociaux (réaction négative dans les centres commerciaux, impossibilité de rester dans une file d'attente, pleurs ou fuite à l'aboïement d'un chien...)
- (Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie ,2016, p16)**

Figure 02 : Particularité sensorielle dans l'autisme



1.3.3.2 Particularités cognitives :

Les particularités du fonctionnement cognitif présentées par les personnes avec TSA conditionnent la manière dont elles emmagasinent, utilisent et restituent l'information et donc la façon dont elles appréhendent leur environnement physique et social. Ces particularités doivent être prises en compte pour comprendre le fonctionnement de ces personnes, identifier leurs besoins et leurs ressources, adapter les accompagnements et développer leur potentiel d'apprentissage et d'adaptation. Elles concernent les capacités intellectuelles, les fonctions exécutives¹⁹, le langage et les particularités de traitement de l'information sensorielle (ces deux dernières ont été traitées ci-dessus, dans le chapitre 1.3.3.1).

Le développement des capacités intellectuelles chez les personnes avec TSA présente des particularités : ces personnes présentent souvent un profil hétérogène. En effet, le niveau atteint dans un domaine peut être significativement différent dans un autre domaine. L'analyse des différents domaines de compétence peut ainsi montrer des pics de performance associés à

des résultats en chute dans d'autres domaines. Les îlots de déficits peuvent être très inférieurs à la moyenne, malgré un bon profil cognitif. Un profil cognitif déficitaire a un retentissement négatif exponentiel sur les autres domaines de développement (notamment la communication et les relations sociales) et sur l'adaptation des comportements.

Généralement, les tâches impliquant l'abstraction, la compréhension verbale et non verbale, l'agencement de séquences temporelles et le codage de l'information mettent davantage en difficulté les personnes avec TSA. L'utilisation de matériel symbolique fait ainsi chuter leurs capacités de discrimination. En revanche, leurs capacités spatiales et perceptives sont généralement bonnes ainsi que leur mémoire de données brutes (« par cœur »). Leur capacité à discriminer des stimuli est correcte quand il s'agit de matériel concret. Leur performance perceptive est meilleure sur le plan visuel et auditif.

À l'heure actuelle, si des déficits des fonctions exécutives sont relevés chez des personnes avec TSA, le débat reste ouvert quant au lien de proportionnalité entre l'importance de ces troubles exécutifs et les répercussions fonctionnelles. En effet, des personnes montrant une altération importante des fonctions exécutives en situation de test ne présentent pas forcément des manifestations autistiques sévères dans la vie quotidienne. L'inverse est également constaté.

Les capacités d'inclusion sociale, scolaire, professionnelle sont limitées du fait des difficultés rencontrées dans les apprentissages et le quotidien :

- Difficultés dans l'organisation, la planification des actions et des mouvements ;
- Difficultés à s'adapter et à avoir une flexibilité face au changement (répétition de la même méthode dans chaque exercice sans adaptation par exemple) ;
- Difficultés à maîtriser l'enchaînement logique
- Difficultés à conceptualiser ;

- Difficultés à généraliser (impossibilité à réutiliser une compétence apprise dans un contexte au sein d'un autre environnement). (CNSA ,2016, p17).

1.4. Étiologie de l'autisme :

Le fait que le TSA présente dans son étiologie des composantes génétiques et neurologiques est établi aujourd'hui. Mais il n'y a pas de certitude qu'une altération d'origine génétique du système nerveux central soit la cause unique de l'autisme.

1.4.1 Le trouble du spectre autistique est un trouble neurodéveloppemental:

L'argument le plus convaincant a été apporté par une étude *post mortem* du cortex préfrontal. Elle incluait sept enfants autistes et six enfants témoins de sexe masculin âgés de 2 à 16 ans. Elle a permis une quantification du nombre et de la taille des neurones dans le cortex préfrontal. Les enfants atteints d'autisme avaient 67 % plus de neurones dans le cortex préfrontal. De plus, ils présentaient un poids du cerveau plus élevé que les enfants témoins du même âge. Les études de neuro-imagerie apportent des résultats qui pour l'instant sont à aborder avec précaution, car ils portent sur de petits échantillons et sont souvent contradictoires, peut-être pour des raisons qui sont liées aux limites des techniques utilisées et aux biais d'échantillon.

Un travail avec l'IRM fonctionnelle, dû à Monica Zilbovicius , suggère que l'enfant autiste présente un traitement atypique de l'information verbale, qui correspondrait à une absence d'activation du sillon temporal supérieur, dont la fonction est de sélectionner les sons de la voix humaine. En revanche, les enfants autistes ont une activation normale pour les sons non vocaux. Il y a donc une absence de traitement des stimuli vocaux qui facilitent la socialisation et l'acquisition du langage. Ce trouble serait corrélé à un déficit de la transmission

de l'information visuelle, des difficultés d'apprentissage du langage et des compétences relationnelles.

D'autres travaux se sont centrés sur l'amygdale qui est le hub des émotions. Une des fonctions de l'amygdale est de servir de hub au traitement des émotions. Mosconi et al. Ils ont retrouvé un élargissement de l'amygdale droite chez 50 autistes vers 2 ans par rapport à un groupe contrôle « normal » de 33 enfants. Cette anomalie était associée à un trouble de l'attention et pourrait représenter un marqueur neurocognitif.

Dès les années 1980, plusieurs chercheurs ont suggéré que des dysfonctionnements neurologiques pouvaient conduire à des anomalies du traitement de l'information et de la représentation de soi et d'autrui. La capacité de lecture de l'esprit de l'autre serait liée au fonctionnement d'un « module cognitif » autonome, assurant la représentation des états mentaux d'autrui, qui serait déficitaire chez les enfants autistes. Ces enfants sont caractérisés par une altération de la communication verbale et non verbale qui les empêche d'interagir avec les autres, même si lorsque leur intelligence est normale, ce qui est le cas des autistes à haut niveau. Selon certains auteurs, il est possible qu'une partie de la population avec TSA ait un déficit relativement isolé et primaire de processus socio-cognitifs, mais il est peu probable qu'un tel déficit concerne la majorité des personnes avec TSA, car il s'agit d'un groupe très hétérogène dans lequel l'impact de la dysfonction sociale est tributaire du contexte dans lequel il se développe.

Cependant des arguments nouveaux, en faveur d'un trouble central de la maturation du système nerveux, sont apportés par une étude de connectivité effectuée avec l'IRM fonctionnelle chez 25 patients présentant un TSA et 25 sujets contrôles. Elle montre une connectivité anormale entre deux réseaux qui sont le support de l'empathie et qui normalement devraient être distincts. Le

premier réseau est celui des neurones miroirs qui permettent de comprendre les émotions et les actions des autres en les imitant à l'intérieur de soi par simple observation : c'est le réseau des représentations partagées. Le second réseau de neurones est le réseau de la mentalisation qui va permettre une interprétation des états d'esprit, des croyances et des intentions d'autrui : c'est un réseau cognitif et inférentiel. En cas d'immaturité du système nerveux central, ces deux réseaux demeurent trop interconnectés et cette absence de déliaison pourrait expliquer les déficits de la communication sociale empathique dans le TSA. **(Jean Cottraux et al, 2014, p7.8)**

1.4.2 Facteurs génétiques :

Une estimation haute donnait une héritabilité de l'autisme de 70 %. Une nouvelle étude révisé l'héritabilité de l'autisme à la baisse car elle ne retrouve que 50 %. Il est prématuré de proposer des tests génétiques de l'autisme, car l'hérédité demeure polygénique avec plusieurs gènes « candidats ». Les études qui sont publiées à un rythme accéléré ne permettent pas actuellement des conclusions définitives.

Bien que le TSA diffère, en ce qui concerne la clinique et l'anatomie fonctionnelle, de la schizophrénie et du trouble bipolaire, des données épidémiologiques existent montrant que le risque d'apparition d'un TSA se trouve augmenté en cas de présence de schizophrénie et, à un degré moindre, de trouble bipolaire dans la famille. Cela pose la question d'une étiologie unique en amont de la clinique de ces trois troubles neuro-développementaux. **(Jean cottraux et all, 2014, p08)**

1.4.3 Facteurs liés à l'environnement modulant l'expression des gènes :

Il est possible que certains facteurs environnementaux participent à l'expression des gènes et programment le fœtus : âge des parents, fécondation in vitro (FIV),

génotype maternel, réaction immunitaire fœto-maternelle, Introduction. Que sait-on du trouble du spectre autistique ? 9 ingestion maternelle de drogues ou de toxiques environnementaux liés à la pollution industrielle, diabète et infections durant la grossesse (cytomégalovirus), prise maternelle de médicaments (thalidomide, acide valproïque, antidépresseurs), prématurité et souffrance périnatale. **(Jean cottraux et all ,2014, p09)**

Le risque augmente de manière linéaire avec l'âge du père. Soixante-dix à 80 mutations nouvelles apparaissent chez l'enfant qui ne sont présentes chez aucun des deux géniteurs. Il s'agit de petites mutations de novo, c'est-à-dire apparues au moment de la conception mais dont les parents ne sont pas eux-mêmes porteurs. Elles correspondraient à une altération des protéines. **(Jean Cottraux et Al, 2014 ,7-10)**

1.5 Epidémiologie :

1.5.1 Prévalence :

La première étude épidémiologique systématique sur l'autisme a été réalisée en 1966 par Lotter. Il faut rappeler qu'à cette époque les critères diagnostiques étaient fondés sur une appréciation clinique, le DSM-III n'ayant fait son apparition qu'en 1980.

Depuis, plusieurs études se sont succédé dans plusieurs pays, prenant en considération l'évolution des classifications nosographiques. Cette évolution peut d'ailleurs expliquer en partie les différences retrouvées dans les chiffres de prévalence.

Fombonne (1998) dans une revue de la littérature sur les études épidémiologiques retrouve une fourchette assez large de prévalence située entre 0,7 et 15,5 pour 10 000 avec une moyenne à 4,8 pour 10 000.

Dans une revue encore plus récente, le même auteur (Fombonne, 1999) a analysé trente-trois enquêtes épidémiologiques réalisées de 1966 à 1998. La prévalence « moyenne » est estimée à 5,2 pour 10 000. Ce taux augmente progressivement puisque les dernières études à partir de 1989 donnent une moyenne à 7,2 pour 10 000. L'ensemble des troubles envahissants du développement aurait une prévalence moyenne de 17,8 pour 10 000 soit 0,18%.

Gillberg et Wing (1999) rapportent un taux élevé d'un pour 1 000 selon les critères diagnostiques du DSM-III-R et de l'ICD-10. Ce chiffre ne concerne que le trouble autistique au sens strict et n'inclut pas les autres troubles envahissants du développement. Or, si les troubles désintégratifs et le syndrome de Rett sont très rares, il en va autrement pour le syndrome d'Asperger et les troubles autistiques atypiques qui sont encore plus fréquents que l'autisme proprement dit. Si on prend en compte toutes les formes du « spectre autistique » élargi, on peut atteindre une prévalence de 4 à 5 pour 1 000 soit 0,5% (Gillberg et Wing, 1999). **(Pascal lenoir et all,2007, p34)**

Les dernières études confirment ces proportions. Yeargin-Allsopp et coll. (2003) retrouvent en Géorgie (États-Unis) un taux de 3,4 pour 1 000, équivalent chez les Noirs et les Blancs. Dans cette population d'enfants âgés de trois à dix ans, 66% des autistes présentaient un retard associé. Confirmant les études précédentes, la sex-ratio passait de 4,4 garçons pour une fille dans les zones de retard léger à 1,3 pour les retards profonds. Seulement 40% étaient scolarisés. Enfin Fombonne (2006) en utilisant les critères DSM IV retrouve une prévalence de Troubles Envahissants du Développement de 64,9 pour 10 000 dont 21,6 pour l'autisme et 32,8 pour les TED non spécifiés.

Les taux varient aussi en fonction de l'âge auquel les enfants sont sélectionnés car le diagnostic n'est pas sûr avant deux ans pour l'autisme et avant trois ans ou plus pour le syndrome d'Asperger et les autres formes atypiques.

L'augmentation constante de la prévalence au fil du temps peut être artificielle et expliquée par plusieurs phénomènes :

- Une détection plus performante et plus précoce des signes d'autisme ;
- Une conception qui tend à devenir plus dimensionnelle que catégorielle et qui recrute ainsi plus de cas (phénotype élargi).

D'autres explications reliées aux hypothèses écologiques portant sur l'augmentation des facteurs polluants ou toxiques pour l'homme doivent être nuancées. Récemment, plusieurs campagnes de presse se sont fait l'écho du rôle possible joué par les nouveaux vaccins, notamment celui contre la rougeole. Plusieurs études épidémiologiques infirment cette hypothèse (Noble, 2003).

1.5.2 Sex-ratio :

Il est évalué généralement entre deux et quatre garçons pour une fille avec une moyenne à trois pour une. Dans la revue de littérature de Fombonne (1999), la sex-ratio correspond à 3,8 garçons pour une fille.

Si on considère le paramètre du niveau intellectuel, ce rapport s'équilibre quand il existe une déficience mentale importante. En effet, quand elles sont autistes, les filles sont habituellement plus retardées que les garçons et présentent proportionnellement plus de troubles neurologiques (Wing, 1960). Le profil clinique est donc différent pour une sous-population de filles.

On peut penser que dans cette sous-population de filles figurent des formes d'autisme associées à des pathologies neurologiques et/ou génétiques et à des troubles désintégratifs ou syndromes de Rett mal diagnostiqués il y a encore quelques années. **(Pascal lenoir et Al ,2007 p35).**

1.6 Les pathologies souvent associé à l'autisme :

L'autisme est fréquemment associé à d'autres pathologies appelés alors comorbidités (présence d'un ou de plusieurs troubles associés à un trouble ou une maladie primaire), parmi ces pathologies :

1.6.1. Pathologie génétique :

1.6.1.1. Le syndrome de x fragile :

Il touche en majorité les garçons. Il entraîne une dysmorphie faciale caractéristique, des organes de grande taille, un retard mental, un déficit d'attention, et dans un certain nombre de cas, un syndrome autistique. Il est dû à une mutation d'un gène (FMR1) sur le chromosome X, cloné en 1991. C'est dire l'importance de rechercher ce trouble lors d'un syndrome autistique, même si, chez les sujets présentant un trouble autistique, le syndrome de l'X fragile n'est retrouvé que dans environ 4 % des cas. **(Dominique yvon et all,2014, p101)**

1.6.1.2. Le syndrome de rett :

Il survient, à l'inverse, essentiellement chez les filles. L'enfant présente un syndrome autistique associé à des caractéristiques développementales : après une période de stagnation, une régression de ses acquisitions s'amorce entre 12 et 36 mois ainsi qu'un ralentissement de la croissance du périmètre crânien et l'apparition de troubles neurologiques. Le syndrome de Rett est dû à l'expression d'une mutation d'un gène (MECP2) sur le chromosome X. Ce gène pourrait aussi être impliqué dans certains troubles autistiques dans un petit nombre de cas : chez les filles sans syndrome de Rett cliniquement exprimé et chez les garçons qui ont un retard mental préexistant et qui développent un syndrome de West (voir paragraphe « Épilepsie », ci-dessous). **(Dominique yvon et all,2014, p101)**

1.6.1.3. La sclérose tubéreuse de Bourneville :

Elle est diagnostiquée chez 0,4 % à 3 % des sujets autistes. Elle fait partie d'un groupe de maladies nommées « phacomatoses ». Elle se caractérise par l'existence de taches café au lait sur la peau, de tumeurs bénignes cutanées, rénales et cérébrales associées à une épilepsie, des troubles des apprentissages et du comportement et, dans 17 % à 60 % des cas, à un syndrome autistique. Elle est due à la défection de gènes TSC1 TSC2 sur les chromosomes 9q34 et 16p13. **(Dominique yvon et all,2014, p102)**

D'autres pathologies :

D'autres pathologies génétiques sont classiquement décrites, bien qu'elles soient diagnostiquées dans une moindre proportion. C'est le cas du syndrome de Down (plus connu sous le nom de trisomie 21), du syndrome d'Angelman ainsi que des maladies métaboliques dont la plus connue est la phénylcétonurie. Celle-ci heureusement survient exceptionnellement de nos jours grâce au dépistage en maternité, par le test de Guthrie. **(Dominique yvon et all,2014, p102)**

1.6.2. L'épilepsie :

Il est intéressant de noter qu'un des onze enfants autistes étudiés par Kanner était aussi atteint d'épilepsie. Le fait est que 26 % à 45 % des enfants ayant un syndrome autistique sont touchés par des crises avérées d'épilepsie, le plus souvent sans cause identifiée. Cette prévalence varie en fonction de l'association ou non à un retard mental. Lors d'une déficience intellectuelle, la prévalence de l'épilepsie est estimée à 21 % contre 8 % en l'absence de déficience mentale.

Par ailleurs, 40 % des enfants ayant un trouble du spectre autistique présentent des anomalies aux examens électroencéphalographiques standard. Cette fréquence augmente encore lors d'un électroencéphalogramme durant le sommeil nocturne (60 % à 80 %).

Ces anomalies ne sont pas spécifiques au syndrome autistique. Mais elles contribuent probablement à certains des troubles cognitifs retrouvés. Par leur morphologie, elles ressemblent parfois à celles observées au cours des pathologies épileptiques provoquant des détériorations cognitives (syndrome de Landau-Kleffner, syndrome des Pointe-Ondes continues du sommeil). Cependant elles ne sont pas localisées dans les mêmes zones cérébrales et aucun traitement anti-épileptique n'a donné de résultat probant chez les enfants autistes. **(Dominique yvon et all,2014, p103)**

1.6.3 La déficience intellectuelle :

Très succinctement, la déficience intellectuelle est définie par un quotient intellectuel inférieur à 70, dont l'intensité conduit à la définition du retard mental léger, moyen ou sévère.

Dans le cas d'un syndrome autistique, l'existence d'une déficience intellectuelle est annoncée dans les études chez 70 % des porteurs d'un syndrome autistique, dont 30 % à un retard léger à modéré et 40 % un retard sévère à profond. **(Dominique yvon et all,2014, p104)**

Selon le DSM-5, il existe 4 catégories de DI en fonction de la sévérité :

- La DI légère ($50-55 \leq \text{QI} < 70$).
- La DI modérée ($35-40 \leq \text{QI} < 50-55$).
- La DI sévère ($20-25 \leq \text{QI} < 35-40$).
- La DI profonde ($\text{QI} < 20-25$).

(DSM-5 2012/2013)

1.6.4 Troubles sensoriels :

Un déficit de la vision et de l'audition entravant la communication et l'apprentissage. Selon le DSM5 Les sujets ayant un syndrome autistique présentent dans des domaines et à des degrés variables des troubles sensoriels : une hypersensibilité, une hyposensibilité, une hyperacuité, etc.

En effet, il a été évalué une prévalence de déficience visuelle jusqu'à 11,1% des sujets autistes (Fombonne, 2003), et de déficience auditive, évaluée à 9,5% (perte auditive de légère à modérée dans 7,9% et perte auditive unilatérale dans 1,6%). **(Dominique yvon all,2017, p107)**

1.6.5 Les troubles de sommeil :

Les troubles du sommeil (difficultés d'endormissement, réveils nocturnes et/ou matinaux précoces) sont fréquents dans l'autisme. Ils sont rapportés par les parents chez 50 à 80% des enfants atteints de TSA (Kotagal et Broomall, 2012). Une autre étude incluant 3700 enfants dont 28 avec TSA a également mis en évidence une association entre les troubles du sommeil et les TSA observée chez les patients mais aussi en population générale. **(Dominique yvon et all,2017,107)**

1.6.6 Les troubles Dys :

Un autre trouble des apprentissages (ou plus !) est fréquemment associé à l'autisme. Les sujets peuvent avoir une dyspraxie verbale, une dyspraxie visuo-attentionnelle, une dyslexie, une dysorthographe, un trouble logico-mathématique etc. **(Dominique yvon et Al, 2014, p108).**

1.6.7 Troubles alimentaires et digestifs :

La sélectivité alimentaire est plus souvent observée chez les patients avec TSA (24,5%) (Ibrahim et al., 2009). La proportion de TSA semble élevée dans

certaines troubles du comportement alimentaires tels que l'anorexie (Wentz et al., 2005). Une étude portant sur 172 patients, 39 présentaient des troubles gastro-intestinaux, le plus fréquent étant la constipation

(<https://fac.umc.edu.dz/snv/bibliotheque/biblio/mmf/2017/Etude%20de%20cas%20d%E2%80%99autisme%20%C3%A0%20Constantine.pdf> le 04.06.22 à 16 :20).

1.7 Le diagnostic et les programmes d'intervention des enfants autiste :

L'autisme est un trouble du développement dont le diagnostic est basé sur l'observation de perturbations qualitatives dans les domaines des interactions sociales réciproques et de la communication et sur celle du caractère restreint, répétitif des comportements, des intérêts et des activités (CIM10).

Le diagnostic de l'autisme et des TED est clinique. Il n'existe aucun marqueur biologique et aucun test diagnostique connus à ce jour.

Les troubles sont suffisamment stables à partir de 3 ans pour permettre un diagnostic fiable.

1.7.1 Outils de diagnostic d'évaluation clinique de l'autisme :

Le diagnostic de l'autisme repose sur un ensemble de signes comportementaux et sur l'histoire du développement. Dans une première approche, le clinicien va donc recueillir les informations, le plus souvent à partir d'un entretien avec la famille et à partir de l'observation de l'enfant. Mais la confirmation du diagnostic est obtenue par des échelles standardisées qui permettent d'apprécier la nature et l'intensité des troubles et de déterminer avec précision à quelle catégorie diagnostique appartient l'enfant porteur d'un trouble du spectre autistique. Plusieurs échelles standardisées peuvent être utilisées pour le diagnostic de l'autisme. (Rogé.B ,2003 , p97)

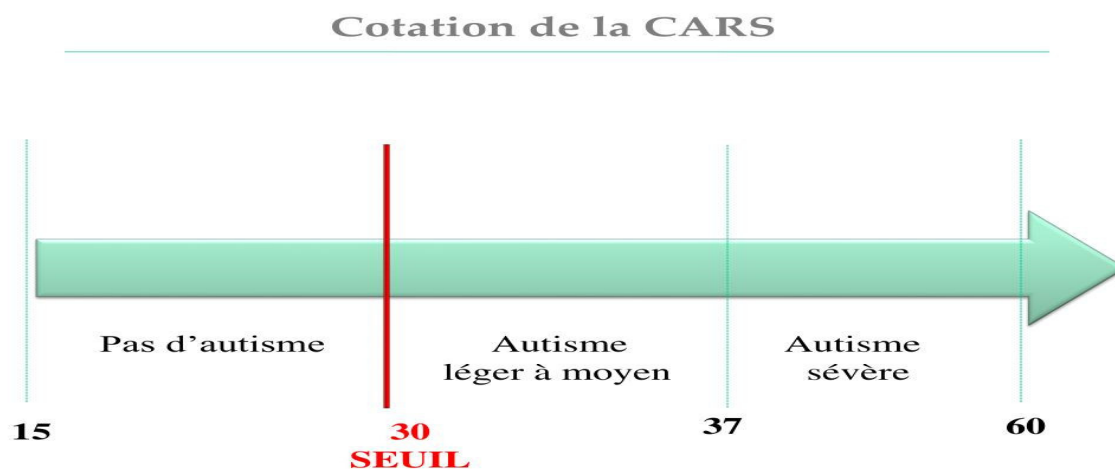
1.7.1.1 LA CARS – échelle dévaluation de l'autisme infantile :

Élaborée par Eric Schopler et ses collaborateurs (Schopler et al., 1980 ; Schopler et al., 1988), elle a été traduite en français par la suite (traduction française Rogé: Schopler et al., 1989). Il s'agit d'un outil d'abord conçu pour l'observation des enfants. Par la suite, la liste des rubriques qui le composent a servi aussi de grille d'entretien semi-structuré. Cette échelle peut être utilisée avec les enfants au-dessus de 24 mois. Le recueil de l'information se fait classiquement d'une double manière : entretien avec la famille et observation de l'enfant. Quatorze items ou rubriques permettent de faire une revue de toutes les anomalies du comportement dans le domaine des relations sociales, de l'imitation, des réponses émotionnelles, de l'utilisation du corps, de l'utilisation des objets, de l'adaptation au changement, des réponses visuelles, des réponses et modes d'exploration dans le domaine auditif, le goût, l'odorat et le toucher, des réponses de peur et d'anxiété, de la communication verbale, de la communication non verbale, du niveau d'activité, et du niveau intellectuel considéré surtout en termes d'homogénéité du fonctionnement intellectuel. À ces quatorze rubriques s'ajoute un item qui permet à l'examineur de donner une impression générale. C'est donc un total de quinze items qui fait l'objet d'une cotation.

Chacun des quinze items repose sur une cotation de 1 à 4 points pour indiquer le degré de déviation du comportement de l'enfant par rapport à la norme de son âge. La dimension développementale est en effet très importante : tout comportement enregistré ou observé est comparé à ce qui est normalement attendu compte tenu de l'âge de l'enfant. L'aspect atypique du comportement, la fréquence et l'intensité des anomalies sont aussi pris en compte. Il existe sept notations possibles car des notes intermédiaires (1,5 ; 2,5 et 3,5) sont utilisables. Le total obtenu est rapporté à une échelle allant de 15 à 60 sur laquelle une note de 30 ou plus correspond à l'autisme. Cette échelle permet aussi d'introduire

une graduation dans le degré d'autisme, un score de 30 à 36,5 correspondant à un degré d'autisme léger à moyen et un score de 37 et plus correspondant à un autisme sévère. Le CARS est largement reconnu et utilisé comme un instrument fiable pour le diagnostic de l'autisme. Son administration prend environ trente à quarante-cinq minutes. Le CARS est probablement l'instrument de diagnostic le plus utilisé en France. Il n'est cependant pas sans limites. Notamment, la dimension développementale dont nous avons dit qu'elle était importante pour apprécier la déviance des comportements n'est utilisée que pour une cotation des comportements actuels. Or il est important de prendre en compte l'évolution antérieure des troubles et cet aspect représente un élément crucial pour le diagnostic. (Rogé.B, 2003, p98)

Figure 3 : _cotation de la CARS



1.7.1.2 L'ADI-R – autism diagnostic interview-revisid :

L'ADIR-R (Le Couteur et al., 1989 ; Lord et al., 1994) est un entretien semi-structuré qui est mené avec les parents. L'orientation de l'entretien repose sur des items définis au préalable et qui sont cotés en fonction de la description précise du comportement recherché, de son intensité, de son degré de déviance par rapport au développement ordinaire, et de sa fréquence. L'interviewer doit

être capable d'évaluer en cours d'entretien si l'information dont il dispose est suffisante pour faire la cotation avant de poursuivre par d'autres questions. Cet entretien permet de rechercher les symptômes de l'autisme dans le domaine des relations sociales, de la communication et des comportements ritualisés et répétitifs. Il permet de faire un diagnostic de trouble du spectre autistique en référence au DSM-IV (APA, 1994) et à l'ICD-10 (Who, 1992, 1993). Cet entretien prend en compte les éléments du développement dans la petite enfance comme la présentation clinique actuelle. En ce qui concerne l'aspect rétrospectif, cet outil permet de rechercher les premières manifestations du trouble et leur évolution dans la petite enfance. Différentes stratégies comme les références à des événements de vie importants, des périodes remarquables dans l'année comme les fêtes, permettent de préciser la datation des différents comportements. La comparaison avec d'autres enfants de l'entourage facilite la description des manifestations et apporte des éléments d'appréciation sur l'intensité des troubles.

Des notes allant de 0 à 3 sont attribuées pour chaque item. Elles correspondent au degré de déviation par rapport au comportement normal. Un algorithme permet de retenir les items pertinents dans chaque domaine que sont les interactions sociales, la communication et les comportements, et d'élaborer des scores qui sont comparés aux seuils à atteindre pour le diagnostic de l'autisme. L'administration de l'ADI prend beaucoup de temps (deux à trois heures) et demande un entraînement et une validation spécifiques. De ce fait, il est moins utilisé en clinique que dans le domaine de la recherche. **(Rogé.B ,2003, p99)**

1.7.1.3 L'ADOS-G – autism diagnostic observation schulde :

L'ADOS-G (Lord et al., 1989, 1994, 2001) est une échelle d'observation pour le diagnostic de l'autisme. Il s'agit d'une observation dans des conditions semi-structurées. La personne à évaluer est sollicitée pour réaliser des activités qui ne

constituent pas un but en soi. En effet, il ne s'agit pas d'évaluer des capacités cognitives mais plutôt de placer la personne dans une situation sociale où elle devra interagir. Les activités proposées permettent d'évaluer la communication, l'interaction sociale réciproque, le jeu et/ou l'utilisation imaginative d'un matériel, le comportement stéréotypé, les intérêts restreints et d'autres comportements anormaux chez des sujets avec autisme allant d'enfants d'âge préscolaire à des adultes verbaux.

L'ADOS dans sa forme actuelle a été élaboré à partir d'une première version (Lord et al., 1989) qui était conçue pour des enfants et des adultes ayant un niveau minimum de langage qui se situe à 3 ans et du PL-ADOS (DiLavore et al., 1995) qui était une échelle d'observation prélinguistique conçue pour des enfants sans langage et avec un niveau très bas. Quelques items supplémentaires ont été ajoutés pour des adolescents et des adultes de haut niveau ayant un bon langage.

L'échelle est organisée en quatre modules administrés chacun en 30 à 45 minutes. Chaque module possède son propre protocole avec des activités pour enfants ou pour adultes. Un seul module est administré à une période donnée et le choix se fait en fonction de l'âge chronologique et du niveau de langage expressif :

- Le module 1 : est destiné à des enfants non verbaux ou dont le niveau de langage ne dépasse pas celui de phrases rudimentaires ;
- Le module 2 : s'applique à des enfants accédant à un niveau de langage qui va des petites phrases de trois mots y compris des verbes, utilisées de manière régulière et spontanée, à des phrases dépassant le contexte immédiat et comportant des connexions logiques ;
- Le module 3 : est utilisé pour des enfants ou des adolescents qui utilisent un langage fluide ;

- Le module 4 : s'applique quant à lui à des adolescents et adultes dont le langage est le plus élaboré.

Le module 3 comporte une partie d'observation durant un jeu interactif et des questions destinées à recueillir de l'information sur la communication sociale. Le module 4 est surtout fait à partir de questions et de conversation. L'administration de l'ADOS demande 30 à 45 minutes. Des critères de notation précis permettent d'attribuer des notes qui vont de 0 à 3 pour chaque item :

- La note de 0 est accordée lorsque le comportement ne présente pas les anomalies spécifiques aux troubles envahissants du développement ;
- La notation 1 est retenue lorsque le comportement est légèrement anormal ou légèrement inhabituel ;
- La note 2 correspond à un comportement nettement anormal ;
- La note 3 est donnée pour un comportement franchement anormal au point que cela interfère avec l'interaction. Cette note peut aussi correspondre à un comportement si limité que l'appréciation de sa qualité sociale est impossible.

Lorsqu'il existe une anomalie mais qui ne concerne pas les troubles envahissants du développement, 8 lorsque le comportement est absent et que la notation est donc inapplicable.

L'ADOS permet le diagnostic de troubles du spectre autistique en référence au DSM-IV et à l'ICD-10 avec un seuil pour le diagnostic de l'autisme défini dans l'algorithme. Comme pour l'ADI-R, il est nécessaire d'avoir une formation spécifique et de se soumettre à des procédures de validation pour utiliser l'ADOS.

L'ADI-R et l'ADOS constituent à l'heure actuelle le standard de l'instrument de diagnostic dans tous les protocoles de recherche associant des équipes au niveau

international. Les versions françaises de l'ADI-R et de l'ADOS sont en cours de préparation pour publication (**Rogé. B,2003, P100**)

1.7.1.4 L'échelle de Vineland (Sprrow1986) :

Il s'agit d'un entretien semi-structure, rempli par les parents à partir de l'examen standardisé des compétences et de niveau d'activité de l'enfant dans son milieu familial. Un certain nombre de domaines sont ainsi explorés : compétence de la vie quotidienne, scolarisation, motricité, communication. Ces comportements sont appréciés en fonction de leur performance ; et le score total obtenu permet le calcul d'un âge du développement pour chacun des domaines observés.

Cette échelle permet entre autres d'apprécier le degré d'autonomie et de maturité du comportement social de l'enfant dans sa vie quotidienne. (**Pierre Ferrari ,2010, p54**)

1.7.2 Diagnostic différentiel de l'autisme :

1.7.2.1 Le retard mental :

Le retard mental est à la fois un trouble souvent associé à l'autisme et un de ses diagnostics différentiels. Il est décrit classiquement dans environ 80 % des cas d'autisme. Cependant, les résultats d'études récentes intégrant dans leurs estimations des enfants qui ont un TED non autistique suggèrent que le retard mental est moins fréquent. La prévalence estimée du retard mental dans l'autisme se situe actuellement dans une fourchette située entre 40 et 70 %.). (**Amaria Baghdadli ,2005, p42**)

1.7.2.2 TDL (Les troubles spécifiques du développement du langage) :

Ils représentent en particulier la dysphasie sémantique pragmatique, une des frontières avec l'autisme qui est la plus discutée, Les limites entre les deux

diagnostics sont d'autant plus complexes que les enfants autistes peuvent avoir des troubles du langage ayant l'allure de troubles spécifiques du développement du langage et qu'à l'inverse, les enfants ayant des troubles spécifiques du développement du langage peuvent présenter des difficultés relationnelles « d'allure autistique ». (**Amaria Baghdadli ,2005, p42**)

1.7.2.3 Les troubles de la coordination motrice :

Les troubles du développement de la coordination motrice ont fait très tôt l'objet de descriptions en psychopathologie. La CIM 10, sous l'appellation « troubles spécifiques du développement moteur » les inclut dans la catégorie « troubles du développement psychologique », ce qui implique qu'ils soient apparus dans la première ou deuxième enfance, qu'il y ait une altération ou un retard de développement de fonctions étroitement liées à la maturation biologique du système nerveux central et que l'évolution soit continue, sans rémission ou rechute. Dans cette grande catégorie, les troubles spécifiques du développement moteur sont proches des « troubles spécifiques du développement de la parole et du langage » et des « troubles spécifiques des acquisitions scolaires » et se différencient des troubles envahissants du développement. Les difficultés de coordination motrice sont évaluées par rapport au niveau attendu en fonction de l'âge et de l'intelligence générale de l'enfant, avec une prédominance variable sur la coordination globale ou fine. Il existe dans la plupart des cas des signes d'immaturité du développement neurologique, mais il n'existe aucun trouble caractérisé. Dans certains cas il existe des complications périnatales, un très faible poids de naissance ou une grande prématurité. (**Amaria Baghdadli ,2005, p43**)

1.7.2.4 L'hyperactivité avec déficit de l'attention :

Royers, Keymeulen et Buysse, rapportent l'existence de troubles de la socialisation à la fois dans l'hyperactivité et dans les TED NoS. Dans leur étude,

ils n'observent pas de différences entre les enfants atteints des différents syndromes au plan de leurs antécédents pré- et périnataux, en revanche, ils présentent des différences significatives dans leur comportement relationnel, présentes dès la première année avec moins de réactivité sociale dans les TED NoS. La fréquence des traits autistiques chez les enfants hyperactifs est aussi documentée par l'étude de Clark, Feehan, Tinline *et al.* Qui observent que 65 à 85 % des parents interrogés avec la Parent-rated Autism check-list décrivent chez leur enfant hyperactif des difficultés significatives dans les interactions sociales et la communication. Plus récemment, Sturm, Fernell et Gillberg font état de 95 % de problèmes attentionnels et de 75 % de syndrome d'hyperactivité dans un échantillon de 101 enfants autistes sans retard mental (9 TED NoS, 91 Syndrome d'Asperger et 1 autiste de haut niveau). **(Amaria Baghdadli ,2005, p 43)**

1.7.2.5 Les déficits sensoriels :

Ils constituent dans l'autisme à la fois un trouble associé fréquent et un diagnostic différentiel (175, 270). La recherche d'une surdité et de problèmes visuels doit donc être systématique. **(Amaria Baghdadli, 2005, p44)**

1.7.2.6 La schizophrénie :

Ce syndrome a longtemps été considéré comme très proche de l'autisme. Le terme d'autisme faisait référence à l'origine à l'isolement social observé dans la schizophrénie. Des points communs existent entre ces deux syndromes dans l'expression de symptômes négatifs (apathie, pauvreté de la mimique ou du contact social), mais il n'y a pas dans l'autisme, à l'inverse de la schizophrénie, de symptômes positifs tels que les hallucinations, les bizarreries du comportement ou les troubles du cours de la pensée. Les classifications les identifient comme deux entités bien distinctes, mais des études montrent que des personnes autistes remplissent aussi les critères d'une schizophrénie.

Ces descriptions de schizophrénie associée sont rapportées généralement chez des personnes ayant un autisme de haut niveau. Cette association fait suggérer que les deux conditions pourraient être l'expression d'un même trouble à des moments différents du développement ou bien des conditions distinctes, mais avec les mêmes facteurs de risque biologiques et environnementaux. Dans tous les cas, la proximité entre les deux syndromes illustre les difficultés diagnostiques chez les personnes autistes de haut niveau qui peuvent être diagnostiquées par excès comme étant des schizophrènes. (Amaria Baghdalli, 2005, p44)

1.7.3 Les programmes d'intervention :

Il n'y a pas aujourd'hui de traitement curatif, pour l'autisme mais un accompagnement et une prise en charge individualisés, précoces et adaptés, peut à la fois diminuer les symptômes et permet une augmentation significativement les possibilités relationnelles et les capacités d'interaction sociale, le degré d'autonomie, et les possibilités d'acquisition de langage et de moyens de communication non verbal.

Cependant il existe plusieurs programmes d'intervention destine pour les adultes et les enfants, ces programmes sont de nature éducative, comportementale et développementale.

Tableau 01 : Les programmes d'intervention

Nom du programme	Objectif du programme
ABA (Applied Behavior Analysis/Analyse appliquée du comportement)	Cette stratégie d'intervention est fondée sur les principes de la théorie de l'apprentissage, c'est-à-dire de la méthode d'analyse appliquée du comportement. Elle consiste à analyser les comportements pour comprendre les lois par lesquelles l'environnement les

	<p>influence, puis à développer des stratégies pour les changer. Les matériaux pédagogiques sont choisis par l'adulte qui prend l'initiative des interactions pendant les séances. Les renforcements sont extrinsèques aux tâches enseignées (renforcement positif) et présélectionnés par l'adulte.</p> <p>Il s'agit de permettre à l'enfant de mettre en place progressivement des compétences liées à l'autonomie, au langage réceptif, à l'imitation verbale et non verbale et d'établir les bases pour le jeu.</p> <p>Un aspect essentiel de ce programme est l'enseignement à l'enfant des compétences d'imitation. Une fois enseignée, l'imitation est utilisée comme un outil d'apprentissage. La seconde partie du programme commence quand l'enfant a acquis ce type de compétences basiques.</p> <p>On lui enseigne alors, dans un premier temps à domicile et dans un second temps dans un cadre scolaire, d'autres bases telles que la socialisation. (CNSA ,2016, p32)</p>
<p>ESDM (Early Start Denver Model)</p>	<p>L'ESDM est un programme élaboré spécifiquement pour l'intervention auprès d'enfants âgés de douze à quarante-huit mois (le programme peut cependant être utilisé jusqu'à l'âge maximal de soixante mois).</p> <p>Il a pour particularité de se baser sur le développement typique de l'enfant en regroupant les compétences habituellement observées selon quatre classes d'âge (12-18 mois, 18-24 mois, 24-36 mois, 36-48 mois).</p>

	<p>Il s'inspire de divers modèles fréquemment utilisés dans le domaine des TSA. En effet, il emprunte à l'ABA des stratégies telles que l'incitation des comportements, le principe des renforçateurs, l'analyse du comportement, l'apprentissage progressif ou encore la nécessité de capter et maintenir l'attention de l'enfant. Dans l'ESDM, tout comme dans la méthode PRT (<i>Pivotal Response Training</i>), les intérêts de l'enfant guident les séances, les tentatives de communication et de participation aux activités sont renforcées même lorsqu'elles n'aboutissent pas, et les compétences acquises sont continuellement sollicitées dans le but d'assurer leur maintien.</p> <p>Il s'agit de développer les capacités de l'enfant avec TSA en proposant un programme institutionnalisé et individualisé, de favoriser le développement social et émotionnel en proposant des relations interpersonnelles avec des adultes et des pairs.</p> <p>Le traitement utilise des <i>feed-back</i> à la fois des intervenants (équipe pluridisciplinaire) et des parents. Il se centre sur le développement de la cognition et, en particulier, de la fonction symbolique et de la communication à travers l'apprentissage de gestes, signes et mots. (CNSA,2016, p33)</p>
TEACCH (Treatment and Education of Autistic and	Le programme TEACCH fait appel à l'analyse appliquée du comportement et se fonde sur un enseignement structuré (sur le plan spatial et temporel) dans lequel les environnements sont organisés au

<p>Communication Handicaped Children/ Traitement et éducation pour enfants avec autisme ou handicap de la communication)</p>	<p>moyen d'informations visuelles claires et concrètes (mots, images, photos ou objets concrets). Il est conçu comme un programme développemental reposant principalement sur la structuration du milieu dont les buts sont de favoriser les apprentissages et l'autonomie, de développer des modifications environnementales pour s'adapter aux déficits de l'enfant, de maintenir une collaboration permanente entre les professionnels et les parents et enfin de fournir une continuité de cet enseignement structuré au cours du développement.</p> <p>Ce programme propose des activités réglées, adaptées aux émergences cognitives de la personne telles qu'elles sont mesurées par des tests spécifiques.</p> <p>Une fois une compétence établie, on apprend aux enfants à utiliser ce comportement dans un environnement moins structuré et moins « aménagé ».</p> <p>La généralisation des capacités et compétences s'effectue alors par la reprise, au domicile avec les parents, des exercices réalisés avec les professionnels.</p> <p>L'objectif est de favoriser à long terme un fonctionnement optimal pour que, devenue adulte, la personne présentant un trouble du spectre de l'autisme s'intègre dans la société. (CNSA, 2016, p33).</p>
--	---

Synthèse :

En conclusion les TSA sont des troubles fréquents, d'apparition précoce et qui ont des répercussions sur le développement de la personne tout au long de sa vie. Le trouble du spectre de l'autisme (TSA) est un trouble complexe

caractérisé par des difficultés sociales et communicationnelles et par des comportements ou intérêts restreints ou répétitifs (American Psychiatric Association [APA], 2013). Les causes de l'autisme n'ont pas été clairement élucidées à ce jour mais la recherche s'enrichit chaque minute de connaissances nouvelles. Son étiologie est complexe. De nombreuses causes peuvent exister ; pour certains l'autisme peut résulter d'anomalie génétique, neurologique ou des facteurs environnementaux.

De nombreux outils permettant de repérer les enfants à risque de présenter ce trouble. Il est important de dépister et de diagnostiquer rapidement cette pathologie. Le plus tôt on diagnostique un TSA chez l'enfant, le plus rapidement on peut lui offrir du soutien et un bon accompagnement. Il existe actuellement diverses méthodes conçues pour dépister et diagnostiquer les TSA. Parmi elles on trouve : M-CHAT, la CARS, VINELAND ... etc.

Une intervention a plus de chances de pouvoir modifier la trajectoire développementale de l'enfant et ainsi minimiser les symptômes. Et permettent des améliorations au niveau de la communication, de l'autonomie, du comportement et du quotient intellectuel.

Chapitre II

Le langage

Préambule

Le langage humain est un dispositif complexe, multi componentiel, qui assure à la fois des fonctions de communication, et des fonctions de représentation. Dans certaines espèces animales, existent des systèmes de communication très sophistiqués, et les études passionnantes sur les capacités langagières des singes anthropoïdes ont pu révéler l'existence des capacités lexicales, sémantiques et pragmatiques sans que pour autant des capacités grammaticales élaborées aient peut-être mises en évidences. Le langage est spécifique de l'espèce humaine. Comprendre les mécanismes qui en sous-tendent le développement, c'est jeter une lumière cruciale sur les capacités humaines. **(Michèle Kail,2012, p03)**

Langage : est la faculté de mettre en œuvre un système de signes linguistiques permettant la communication et l'expression de la pensée, ce qui est privatif des humains. L'acquisition du langage est l'objet de la psycholinguistique.

1. Définition du langage

Le langage est la fonction qui permet d'exprimer et de percevoir des états affectifs, des concepts, des idées au moyens de signes. Le langage est un système de codes propre à une communauté. La parole est la production de significations sous forme de sons articulés.

L'encyclopédie Larousse en ligne définit le langage comme étant “la capacité d'exprimer une pensée et de communiquer au moyen d'un système de signes (vocaux, gestuel, graphiques, tactiles, olfactifs, etc.) doté d'une sémantique et le plus souvent d'une syntaxe

2. Les niveaux d'analyse linguistique :**Niveaux d'analyse linguistique chez Dussaucer**

Les études analytiques se limitent à découvrir des modèles cognitifs implicites dans la structure du texte. Dussaucer a plutôt adopté différents niveaux du matériel linguistique à analyser, notamment les suivants :

2.1 Niveau phonologique :

Par ce concept, il entendait suivre le processus de production des sons à travers l'appareil vocal, et les distinguer en étudiant leurs propriétés physiques ; Ce qui appelle à examiner ses issues, comment le prononcer et ses caractéristiques, ce qui revient à le diviser en petites unités phonémiques pouvant être étudiées comme des structures linguistiques indépendantes. Appareil vocal, et les distinguer en étudiant leurs propriétés physiques.

2.2 Niveau morphologique :

Le niveau morphologique est la science qui étudie l'arrangement des sons pour former un mot significatif ; Parce que les unités phonétiques seules ne donnent pas de sens, comme : ra et ba, ce sont des lettres ou des sons qui ne donnent pas de sens par eux-mêmes. Sa fonction est d'étudier les morphèmes et les preuves phonémiques. Cela signifie que si nous attribuons les lettres : kaf, taa et baa, ce sont des lettres phonétiques qui ne donnent pas de sens, mais dans leur ordre nous donnons un sens clair. Ce sont (les livres) qui indiquent l'acte d'écrire.

2.3 Niveau syntaxique :

Niveau syntaxique ou syntactique Il ne fait aucun doute que le niveau grammatical est indispensable ; Étude de la relation entre les mots et les phrases ; Ce qui fait du niveau structurel ou grammatical un rôle important dans la révélation du sens final de la phrase, il étudie donc la relation du prédicat au

prédicat, qu'il soit signifié par le verbe et le sujet, ou le sujet et le prédicat. [3] Si nous disons : "L'homme a quitté sa maison le matin", nous voyons que le sens est ici complété ; La présence du verbe et du sujet dans la composition, mais si nous disons: (L'homme est le matin de sa maison), alors la composition ici n'est pas complète, mais provoque l'ambiguïté et l'ambiguïté, ou vient comme on dit: (Mon ami est fidèle), (Le temps est froid).

2.4 Niveau lexical et sémantique :

Niveau lexical et sémantique Ce niveau se concentre sur l'analyse lexicale du texte; Comme il mentionne les sens des mots qui permettent des sens communs ou des sens contradictoires, nous étudions à quoi ces mots de vocabulaire qui peuvent indiquer le temps et le lieu, ce mot une relation directe avec la jambe dans laquelle il a été mentionné ; Présenter un sens particulier de manière intentionnelle et non arbitraire présenter.

https://layalina.top/%D9%85%D8%B3%D8%AA%D9%88%D9%8A%D8%A7%D8%AA_%D8%A7%D9%84%D8%AA%D8%AD%D9%84%D9%8A%D9%84_%D8%A7%D9%84%D9%84%D8%B3%D8%A7%D9%86%D9%8A_%D8%B9%D9%86%D8%AF_%D8%AF%D9%88%D8%B3%D9%88%D8%B3%D9%8A%D8%B1?fbclid=IwAR0yUm_qWb85uDFW7Acif-TOwBh4hYqAnmmGJNfwnQPBLt4rGkqs2MY3w3Y.04/06/2022. a 22:32

3. Le développement du langage :

Nous distinguons quatre grandes étapes : la période pré linguistique, celle des énoncés d'un seul mot, celle des énoncés de deux mots, et enfin la période de la phrase avec son évolution longue et complexe qui se poursuit jusqu'à l'âge adulte et parfois au-delà. Les âges indiqués pour chaque étape correspondent bien sûr plus à des repères qu'à des normes absolues d'évolution.

3.1. La période pré linguistique (0-1 an)

Ces dernières années un nombre important de recherches se sont concentrées sur cette période aussi bien dans le domaine de la production que dans celui de la réception. Ces recherches ont changé l'image que l'on avait du bébé. Sur le plan de la production, les comportements communicatifs, vocaux et gestuels, du jeune enfant par certains aspects obéissent aux mêmes règles que ses comportements communicatifs linguistiques ultérieurs. Sur le plan de la réception des productions linguistiques de son entourage, le bébé dès la naissance possède des mécanismes perceptifs lui permettant de distinguer les sons de la parole. Il existe donc une spécialisation des acquisitions, et certaines conduites apparaissent de façon beaucoup plus précoce qu'on ne le croyait dans les années 1960 et 1970. **(Josie Bernicot, 1998, p02)**

3.2 La production

L'activité vocale évolue considérablement au cours de la première année depuis les cris et les pleurs du nouveau-né jusqu'au début de contrôle articulatoire (5-6 mois) observable dans le babillage de l'enfant qui s'apprête à prononcer ses premiers mots. En français cette activité vocale est désignée par une terminologie variée : gazouillis, babil, vocalises ou lallations ; dans les recherches les plus récentes on utilise surtout les termes de babillage et de vocalisations.

Jusqu'à 6 mois l'enfant émet une gamme très étendue de phonèmes (unités de sons) qui dépasse largement celle de sa langue maternelle. A partir de cet âge ses productions sonores commencent à se rapprocher des phonèmes de sa langue maternelle (Boysson- Bardies, 1996).

Pendant cette période, l'enfant passe progressivement d'une forme globale de communication mettant en jeu le corps tout entier à une forme plus différenciée

qui fait appel à l'activité vocale et à un début de compréhension verbale. Outre l'apprentissage de sons de sa langue maternelle, un aspect important de cette phase, est l'entrée de l'enfant dans les mécanismes de base de la communication (Bruner, 1983 ; 1991). Par exemple, certaines règles liées à la référence dans le dialogue ou à l'action conjointe (coopération) sont acquises entre 9 et 18 mois. De plus, à la fin de cette période pré linguistique, l'enfant adapte ses messages non verbaux à l'interlocuteur et à la situation de communication selon des règles analogues à celles utilisées pendant la période linguistique (Bernicot et Marcos, 1992). Deleau (1990) s'intéresse aussi au lien entre communication pré linguistique et linguistique. **(Josie Bernicot, 1998, p03)**

3.3 La réception

L'enfant nouveau-né n'est plus considéré comme un être totalement dépourvu de capacités spécifiques d'adaptation, il semble posséder certaines dispositions lui permettant d'entreprendre très précocement une relation active avec son environnement visuel ou sonore.

L'enfant montre une habileté surprenante sur le plan de la réception linguistique. Dès l'âge de 1 mois, il se montre capable de distinguer la voix humaine des autres sons et avant d'atteindre deux mois, il répond différemment selon qu'il s'agit de la voix de sa mère ou d'une étrangère (Melher, 1978). Plus étonnant encore les bébés âgés de quelques jours peuvent être entraînés à répondre de manière différente à la présentation de l'un des deux stimuli artificiels tels que "ba" et "ga". Ces expériences utilisent la réponse dite de succion non nutritive.

Le principe consiste à habituer le bébé à une stimulation auditive répétitive (une même syllabe, par exemple "pa"). Le bébé est installé avec une tétine reliée à un dispositif électronique qui permet de compter le nombre de succion grâce à la variation de la pression de l'air dans le tuyau. Le rythme de succion est un indice de l'état général du bébé. Quand il est habitué à son environnement (c'est à dire

au son "pa") ce rythme se stabilise. On change alors brusquement le son en présentant "ga". On considère que si l'enfant réagit au nouveau son en suçant plus énergiquement sa tétine cela signifie qu'il est capable de le distinguer du précédent. D'un point de vue théorique, cela suppose qu'à l'état initial l'enfant ait un système perceptif lui permettant de distinguer les sons de la parole sur la plupart des dimensions phonétiques. (Josie Bernicot,1998, p04)

3.4 Les énoncés d'un seul mot

(1 an) A partir de l'âge de 1 an (entre 9 et 18 mois) l'enfant commence à produire ses premiers mots. La caractéristique de cette phase est la production de mots isolés, c'est-à-dire d'énoncés ne comportant qu'un seul mot : par exemple "papa", "mama", "a'voir" (pour au revoir), "pati" (pour parti).

Depuis le début du siècle de nombreux auteurs se sont penchés sur les énoncés à un seul mot des très jeunes enfants. Pour certains, l'enfant commence par nommer des objets concrets animés ou inanimés. Cependant, d'après les observations de Bloom (1973), les noms concrets joueraient un rôle relativement mineur dans une première phase. A 16 mois ce sont plutôt des prépositions, négations, adverbes et verbes qui sont employés. Si l'on en croit Nelson (1973), les enfants ne parleraient pas tous pour dire la même chose. Chez certains enfants, les énoncés sont plutôt référentiels c'est-à-dire orientés vers les objets. Chez d'autres, au contraire ces premiers énoncés sont plutôt expressifs c'est-à-dire orientés vers la communication : demande, refus, appel, etc...

Bloom (1973) a aussi étudié l'usage des noms de personne. Dans un premier temps, les enfants les utilisent pour nommer quelqu'un qui entre en scène, pour saluer quelqu'un, et pour l'appeler. Puis il les utilise pour désigner des objets appartenant à la personne nommée. Enfin, on note l'utilisation des noms de personne pour nommer l'agent d'une action prévue et imminente.

D'une façon générale, ces mots isolés produits sont interprétés par son entourage familial comme ayant des significations relativement complexes comparables à celles d'une phrase. Théoriquement les mots produits par les enfants ont une signification indéterminée ou ambiguë : en effet, en produisant "papa" l'enfant peut vouloir dire : "voilà papa", "papa, viens m'aider", "papa a un nouveau pull", etc... Dans la pratique, ces énoncés sont interprétés sans problème à partir de la situation de communication et permettent des interactions satisfaisantes entre l'enfant et son entourage. Les mots de l'enfant ne prennent donc une signification et parfois une signification complexe que par l'interprétation qu'en font les adultes. L'existence même de ces mots ayant valeur de phrases est le témoin de l'importance de l'interprétation par l'adulte du langage de l'enfant dans le processus du fonctionnement du langage mais aussi certainement dans son processus d'acquisition. **(Josie Bernicot, 1998, p04)**

3.5 Les énoncés de deux mots (2 ans)

Dès que plusieurs mots peuvent être combinés au sein d'un même énoncé se pose le problème de leur organisation selon la fonction c'est-à-dire le problème de la syntaxe. En français, en anglais, mais aussi dans de nombreuses autres langues il est important d'ordonner correctement les énoncés de façon à assurer le succès de la communication.

A partir de l'âge de deux ans, l'enfant produit des énoncés de deux mots qui sont organisés selon une grammaire, que l'on appelle grammaire-pivot, mise en évidence par Braine (1963) à partir de corpus d'enfants anglophones. On distingue selon cette grammaire deux classes de mots : la classe pivot (P) et la classe ouverte(O). Les énoncés possibles de deux mots sont de la forme : O + P ou P + O. Les mots-pivots sont peu nombreux. Pour un enfant donné, chacun à une place fixée dans l'énoncé qui peut être soit la première, soit la seconde. Les mots ouverts sont plus nombreux. Pour un enfant donné, ils n'ont pas de place

fixe dans l'énoncé. Le tableau 1 reprend des exemples d'énoncés de deux mots fournis par Oléron (1976) et Hurtig et Rondal (1981).

La grammaire-pivot est une réponse originale au problème de l'ordre des mots dans la mesure où elle est fondée sur des règles n'existant pas dans la grammaire adulte.

Pour cette raison cette grammaire, bien que fonctionnelle jusqu'à l'âge de deux ans, est une sorte d'impasse linguistique rapidement abandonnée par l'enfant. Les modalités de passage des énoncés de deux mots à la phrase n'ont jamais été totalement éclaircies et les hypothèses émises n'ont jamais fait l'objet de vérification systématique : il semblerait qu'une grammaire plus complexe puisse s'élaborer à partir d'une différenciation des classes P et O en sous-classes.

Dans les énoncés de deux mots produits par les enfants le mot-pivot et le motouvert entretiennent différentes catégories de relations sémantiques : l'existence, la disparition, la récurrence, l'attribution, la localisation, la possession, le bénéfice, l'instrumentation, la relation agent-action, et la relation action-patient. Ceci montre une certaine spécialisation et aussi une complexité de l'utilisation du langage chez l'enfant dès l'âge de deux ans. **(Josie Bernicot,1998, p05)**

3.6 La phrase (3 ans)

La phrase est définie comme un énoncé de plus de deux mots contenant un syntagme nominal (SN) correspondant au groupe du nom, et un syntagme verbal (SV) correspondant au groupe du verbe. Par exemple : le terrible dinosaure (SN) court à folle allure dans la forêt (SV). **(Josie Bernicot,1998, p06)**

3.7 Le syntagme nominal et le syntagme verbal

L'évolution du syntagme nominal est marquée par l'évolution de ces différents éléments : nom, pronom, article adjectif préposition et adverbe. Une synthèse des différents travaux concernant cette question serait trop longue à présenter ici. Nous avons choisi de présenter à titre d'exemple le tableau réalisé dans le manuel d'Hurtig et Rondal (1981) (cf tableau 3) qui fait apparaître que l'acquisition des principaux éléments du syntagme nominal est réalisée entre deux et six ans.

L'évolution du syntagme verbal est essentiellement marquée par l'utilisation des différents temps et mode du verbe (passé, présent, futur). L'ensemble des formes est 7 produits entre quatre et six ans. En sachant qu'il existe des différences interindividuelles fortes on peut cependant donner les tendances d'un ordre général d'acquisition.

La forme la plus précocement utilisée est la copule "est" (le gâteau est bon) souvent avant deux ans et demi. Ensuite les auxiliaires être et avoir, Les formes de l'infinitif, de l'indicatif présent et du passé indéfini sont acquises entre deux ans et demi et quatre ans.

Les premières formes du futur apparaissent vers 4 ans : il s'agit du futur périphrastique (ex : il va venir, ça va être mon anniversaire). Le futur simple apparaît plus tard.

Les formes de l'imparfait et du conditionnel sont les plus tardives et n'apparaissent qu'entre cinq et six ans.

A cinq ans l'enfant utilise la plupart des formes du verbe. Il est cependant important de noter qu'il ne les utilise pas essentiellement pour marquer la place de l'action dans le temps (passé-présent-futur). En cela, le comportement de l'enfant diffère clairement de celui de l'adulte. En effet, dans les productions de

l'enfant jusqu'à l'âge de six ans, les différentes formes du verbe désignent surtout l'aspect de l'action, c'est à dire des caractéristiques indépendantes de sa chronologie (Bronckart, 1976). Quelques exemples de caractéristiques aspectuelles de l'action sont indiqués ci-dessous.

- La distinction action en cours/action intemporelle : "elle est en train de prendre sa leçon de piano"/"elle prend des leçons de piano".
- La distinction déroulement de l'action/résultat de l'action : "il mangeait du caviar"/"il a mangé du caviar".
- La convention dans l'imaginaire : "j'étais le gendarme et toi le voleur".
- L'expression du souhait : "ça va être mon anniversaire bientôt". (**Josie Bernicot, 1998, p06**)

3.8. Les stratégies

L'enfant qui apprend sa langue adopte une attitude face aux messages verbaux de son entourage différente de celle qu'aurait un adulte maîtrisant parfaitement sa langue. Ces attitudes de l'enfant reposent sur certaines régularités que l'on appelle stratégies. Les stratégies sont définies par Oléron (1979) comme des procédés employés par les enfants pour interpréter des énoncés, r »t souvent complexes, en utilisant certains indices syntaxiques. Il est important de souligner qu'il ne s'agit pas de procédés mis en œuvre délibérément, consciemment par les enfants mais de régularités dans la manière d'aborder les énoncés. Dans cette perspective la compréhension des phrases passives, des pronoms et des relatives en "que" et en "qui" a été étudiée (cf par exemple Ségui et Léveillé, 1977). (**Josie Bernicot, 1998, p07**)

4. Les théories du langage

4.1 Les approches behavioristes

Selon Reuchlin (1986), qui reprend les approches behavioristes de Pavlov (1848-1936) et de Skinner (1904-1990), le comportement verbal est une variété de comportements ayant un effet sur l'environnement qui exerce, en retour, un effet sur le sujet ayant émis ce comportement; par exemple lorsque l'enfant dit «aba » pour obtenir un verre d'eau, cette production, à condition d'être comprise par l'adulte, va permettre à son auteur de recevoir la boisson désirée ; si cette production est régulièrement suivie du même renforcement (le fait d'apporter un verre d'eau à l'enfant), elle va acquérir une certaine force (une probabilité d'apparition). Ainsi, dans un premier temps, une approximation du mot ou de l'expression (« à boire ») va être renforcée par l'entourage, dès qu'elle apparaît, puis les adultes exigeront progressivement une expression de plus en plus proche des mots de la langue.

Les productions de l'enfant qui ne sont pas renforcées par l'entourage finissent par disparaître. Ces conceptions ont suscité de nombreux travaux en psychologie générale et en psychologie du développement, mais aussi des critiques sur le fait que la spécificité du langage parmi les autres comportements et l'activité interne du sujet sont peu considérées : ces approches behavioristes qui font une large place au conditionnement et à l'imitation n'expliquent pas, par exemple, que les enfants produisent des phrases qu'ils n'ont jamais entendues

4. Les théories d l'acquisition de langage

Il y a des remues contradictoires de la part des linguistes sur l'acquisition de langage, chacun d'eux a un point de vue différent ; nous allons citer trois théories :

4.1. Interactionnisme

Cette théorie, voit que :

- L'enfant acquiert des outils psychologiques comme l'écriture et le calcul avec l'aide d'adultes ; ce qui permet le développement de son intelligence et c'est ce que Vygotsky a appelé l'étape inter-psychologique.
- L'enfant développe ses compétences grâce à ses interactions particulièrement avec les adultes.
- Broner, voit que les échanges et les jeux entre les enfants et les adultes et les repas qu'il les mange souvent avec eux, améliore sa communication et ses interactions.

4.2. Constructivisme

En 1936, selon Piaget :

- Le langage se construit en suivant le développement cognitif.
- Le langage s'acquiert selon les stades de l'intelligence sensorielle.
- La maîtrise et l'acquisition de langage sont une intelligence générale.
- Piaget voit que, les compétences cognitives ne sont pas acquises ni innées, elle se construit avec le temps.
- La maturité intérieure et l'expérience jouent un grand rôle dans la construction du langage.

4.3. Innéisme

- Le pionnier de cette théorie est Noam Chomeskey, il voit que l'enfant a des capacités langagières innées, et qu'il y avait le LAD dans le cerveau (langage

acquisition de la langue), c'est lui qui permet de l'enfant à construire son langage et le développer avec le temps

- Boysson-Bardies, voit que l'enfant peut développer son langage à condition, dans un environnement avec les autres.

5- LA THEORIE CHOMSKYENNE D'ACQUISITION DU LANGAGE

La langue est un exemple de développement intellectuel. Il y a des théoriciens qui croient que la langue s'apprend et d'autres qui croient que la langue est innée. Noam Chomsky suggère que les enfants naissent avec une capacité innée à apprendre le langage.

5.1. Les principes clés du modèle d'acquisition des langues de

Chomsky

- Tout le monde est né avec la capacité de développer et d'apprendre n'importe quelle langue.
- Le développement du langage est instinctif.
- Chaque enfant a un « dispositif d'acquisition de la langue », ou LAD en abrégé.
- Le LAD (6) est un outil qui se trouve dans le cerveau ; il permet à l'enfant de développer rapidement les règles du langage.
- Le rôle du LAD est d'encoder les principales compétences impliquées dans l'apprentissage des langues, mais en mettant l'accent sur l'encodage de la grammaire.
- La grammaire est une compétence vitale dont les enfants ont besoin pour apprendre la langue.
- Chomsky n'a pas tenu compte du seul rôle de l'imitation - surtout si l'adulte utilise une structure que l'enfant lui-même n'a pas encore commencé à utiliser.

5.2. Application du modèle d'acquisition des langages de

Chomsky

Les enfants sont souvent entendus faire des erreurs grammaticales qu'ils n'auraient pas apprises en entendant des adultes communiquer. Cela montre que l'enfant utilise le LAD pour se familiariser avec les règles du langage. Une fois que l'enfant a maîtrisé cette compétence, il n'a besoin que d'apprendre de nouveaux mots car il peut ensuite appliquer les règles de grammaire de LAD pour former des phrases. Chomsky a proposé que les enfants de langue maternelle deviennent fluides à l'âge de dix ans. Il a également fait valoir que si les enfants apprennent deux langues dès la naissance, ils sont plus susceptibles de parler couramment les deux (SAKRI RAYENE, 2019/2020) **MÉMOIRE DE MASTER**

6. Le développement lexical chez les enfants

À partir du moment où il commence à acquérir du vocabulaire et surtout après la période de l'explosion lexicale (après avoir acquis 50 mots environ, l'enfant va montrer un apprentissage du lexique très rapide), l'enfant va produire des énoncés.

Il produira d'abord des holophrases (phrases composées d'un mot) puis des énoncés à deux ou n mots qui sembleront, la plupart du temps, amusants à l'entourage quand ils seront éloignés de la norme adulte ou même incorrects. Cette explosion du vocabulaire a été interprétée comme le signe d'une réorganisation au niveau de l'accès au langage. L'enfant découvrirait, à ce moment-là, que « toutes les choses doivent avoir un nom » (Goldfield et Reznick, 1990, 1996). Au sein de ce premier vocabulaire, on constate une dominance de la catégorie des noms, plus particulièrement des noms d'objets concrets (Brown, 1973 ; Gentner, 1982 ; Clark, 1993). D'après Nelson, Benedict et Bates (1993), le premier vocabulaire d'enfants américains est constitué à

70 % de noms contre 3 % de verbes. Chez les enfants français, 13 % des 50 premiers mots représentent des verbes (Bassano, 1998). La production des verbes connaît un accroissement rapide dès l'âge de 2 ans.

Dans la période du développement précoce, il est également important de pointer un phénomène intéressant : celui de la dissociation entre compréhension et production. En effet, on sait que les performances en compréhension précèdent les performances en production et que le langage compris est toujours plus important que le langage produit par l'enfant (Clark, 1973 ; Rondal, 1980 ; Bates et al., 1995) (**juliette Elie-Deschamps, 2016, p08**)

6.1 Sur extensions

Les premiers énoncés de l'enfant sans troubles peuvent se manifester sous différentes formes (Clark, 1993 ; Bassano, 2000) :

- La *sous-extension* qui consiste en l'application d'un mot dans un seul contexte donné. Ici, l'enfant n'arrive pas à décontextualiser l'emploi d'un mot.
- La *sur-extension* qui se manifeste très fréquemment chez l'enfant car celui-ci ne possède pas encore tous les termes conventionnels et n'a pas acquis tous les composants sémantiques qui lui permettraient de restreindre l'usage du signifié.

Ce dernier type d'énoncé peut alors être de deux types. La sur-extension catégorielle (ou sur-inclusion) consiste à utiliser un mot représentant un objet pour désigner un autre objet appartenant à la même catégorie sémantique. Un enfant dira par exemple *chat* pour désigner le chien. La sur-extension analogique qui consiste à employer un mot pour désigner un autre mot mais qui, cette fois-ci, n'appartient pas à la même catégorie que lui ; les deux mots ne relèvent pas du même domaine notionnel. Ces analogies sont généralement basées sur des ressemblances physiques entre deux objets du monde, par exemple l'enfant dira *ballon* pour désigner la lune.

Ces sur-extensions sont souvent considérées comme des erreurs par de nombreux auteurs (Bredart et Rondal, 1982 ; Clark, 1993 ; Gelman et al., 1998 ; Bassano, 2000) notamment à cause d'un répertoire lexical limité. D'autres chercheurs voient dans ce type d'énoncés la présence de métaphores volontaires, si l'enfant a déjà utilisé le terme source de façon approprié (Gardner et Winner, 1979). Certaines études évoquent un phénomène d'évitement volontaire du mot correctement dénommé à cause d'un déficit phonologique articulatoire. Les jeunes enfants n'utiliseraient pas le terme approprié lorsqu'ils se retrouvent face à un mot qui serait difficile à articuler (Elsen, 1994). Clark (1995) propose de rendre compte de ce type de phénomène par la théorie des traits sémantiques que nous développerons dans la partie.

Dès le plus jeune âge (à partir de 2 ans), les enfants montrent donc une capacité importante à produire des énoncés non-conventionnels d'allure métaphorique de type nominal.

Nous pouvons également remarquer ici que les études portant sur ce type d'énoncés sont centrées principalement sur l'étude des sur-extensions ou des métaphores nominales. **(Juliette Elie-Deschamps, 2016, p10,11,12,13,14)**

6.2 Approximation sémantique

Cette hégémonie des noms n'est pourtant qu'apparente puisque Duvignau (2002) a montré que les énoncés d'allure métaphorique chez l'enfant ne se limitent pas à une seule mise en relation de propriétés d'objets physiques, mais qu'ils concernent également les actions – ils se manifestent alors par l'utilisation de verbes ou d'adjectifs verbaux – et qu'ils sont produits en grand nombre. Ces énoncés, nommés des « approximations sémantiques » par l'auteur, révèlent un mode de structuration du lexique des verbes par proximité sémantique ou co-hyponymie inter-domaines, comme le montrent les exemples ci-dessous extraits du corpus de Duvignau (2002) :

« Clara elle *secoue* la soupe » / remuant la soupe avec une cuillère - 2 ans

« La dame *coupe* l'orange » / une dame enlève la peau d'une orange - 4 ans

« *Déshabille* la pomme de terre ? » / sa mère épluche une pomme de terre - 2 ans.

« La voiture, elle *dégouline* » / voiture qui descend une pente - 2,8 ans. (Juliette Elie-Deschamps, 2016, p15,16)

6.3 Structuration et catégorisation lexicale

Ainsi, l'enfant serait capable de rapprocher des représentations d'événements ou d'actions du monde entre eux, et donc d'employer un verbe pour un autre du fait de leur proximité sémantique. Malgré cela, l'enfant, en pleine construction lexicale, n'a pas développé un répertoire verbal suffisamment élaboré et ne peut donc distinguer de façon précise deux verbes qui sont proches sémantiquement, par exemple, « casser » et « déchirer ». L'enfant utilise Comment expliquer la production par les enfants des énoncés que nous venons de présenter ?

Plusieurs études ont permis de montrer qu'il existe un lien entre le développement lexical et les performances en catégorisation (Mervis et al., 1994 ; Poulin-Dubois et al., 1995 ; Clavé, 1997). De plus, comme nous venons de le constater, ces énoncés rendent compte d'une mise en relation d'objets ou d'actions sur la base de ressemblances ou de proximités sémantiques. Cela pose la question de l'organisation du lexique mental.

Comment l'enfant catégorise-t-il des mots nouveaux ? Plusieurs théories ont tenté de répondre à ces questions et nous nous proposons de présenter, dans cette partie, quelques-unes d'entre elles considérées comme centrales dans ce domaine. Nous traiterons ces théories en gardant l'objectif de comprendre comment nous pouvons relier les phénomènes langagiers précédemment cités et

le mode de catégorisation qui se développe chez l'enfant. Serait ces verbes de manière équivalente même s'il les différencie sur le plan de la forme. (**Juliette Elie-Deschamps, 2016, p17**)

Tableau 02 : L'acquisition du lexique (accroissement)

Age	Lex réceptif	Lex expressif
12-16 mois	100-150 mots	10 mots
20 mois	200 mots	50 mots
24 mois	300-500 mots	200 mots (4 nouveaux mots par jour)
6 ans		5000-14000 mots

7. le langage chez les autistes

L'autiste est décelable assez tôt chez les enfants, notamment par l'observation de leur réticence avec les personnes qui les entourent et le monde en générale. Dans l'ouvrage de Thierry Rousseau et de Françoise Valette-Fruhinsholz *Le langage oral : Données actuelles et perspectives en orthophonie* (2010), Marie Leroy-Collombel et Caroline Masson publient un chapitre sur la question de l'acquisition du langage et de la communication par des autistes, chapitre intitulé « Dysfonctionnements du langage chez l'enfant autiste ».

7-1-L'acquisition du langage par un enfant autiste

Comme pour tous les enfants, l'acquisition du langage est une activité progressive. Chez les enfants autistes, on observe un retard ou une absence totale du parler sans le développement d'une communication gestuelle. Les bébés « sans trouble » au stade du babillage, imitent les sons qu'ils entendent, les sons de la langue maternelle. L'imitation sert à apprendre la langue et à communiquer. En revanche, les bébés autistes présentent une déficience au niveau des capacités d'imitation. Ils sont généralement peu curieux et ne portent

pas grand intérêt au monde qui les entoure. Quand ils ont assimilé un son, ils le répètent par écholalie, c'est-à-dire qu'ils font le son dans un contexte différent de celui où il a été prononcé et sans le comprendre. Ainsi, si un langage se développe, on observera des dysfonctionnements dans la capacité à comprendre et à donner du sens. Le trouble autistique est une maladie neurologique qui affecte le fonctionnement du cerveau et qui altère les capacités de reconnaissance des expressions. **(Léa Dalfin, 2014, p1.2)**

La phonologie, la morphologie, la syntaxe, la pragmatique, le lexique,

Parmi ces différents domaines, deux ont été particulièrement étudiés dans le TSA. La pragmatique, d'abord, est reconnue comme étant universellement déficitaire dans ce trouble. Quant au lexicale, il serait relativement épargné chez beaucoup d'individus, notamment sur le plan de la compréhension.

En revanche, peu d'études se sont penchées sur les aspects structurels, qui constituent pourtant la fondation du langage et de la communication. Les études qui les ont abordés font ressortir des difficultés.

Par exemple, des études sur le français ont montré qu'un sous-ensemble d'enfants avec TSA avait des difficultés avec les structures complexes sur le plan phonologique (comme les mots comprenant une suite de consonnes, tels « horloge ») ou sur le plan morphosyntaxique (entre autres dans le cas de la production de questions avec un pronom interrogatif, du type « qui pousses-tu ? » ou la compréhension des phrases à la voix passive).

https://www.psychologies.com/Famille/Enfants/Apprentissage/Articles-et-Dossiers/Comprendre-les-difficultes-de-langage-des-enfants-autistes-pour-mieux-les-integrer?fbclid=IwAR3lSjEL7GwcuTpRZtBXSCQW0JCoM5ThZqTuUF1ZUVaO3YD6cPyyY_SvdCw (10/06/2022 ,18 :06)

8. Bilan du langage oral chez d'un enfant autistes :

Le bilan orthophonique de l'enfant autiste repose à la fois sur une connaissance des particularités de fonctionnement de l'enfant et sur une méthodologie générale du bilan.

8-1 Démarche et outils de l'évaluation

Le bilan de l'enfant autiste a pour objectifs :

- d'évaluer ses capacités de communication verbale et non verbale et la dimension pragmatique du langage.
- de décrire le retard de langage, son degré de sévérité par rapport au niveau cognitif général.
- de déterminer l'existence d'un trouble spécifique du développement du langage oral, dans le cadre d'un diagnostic différentiel (cf. le continuum entre les troubles autistiques et les troubles pragmatiques du langage).
- enfin, de donner des indications de suivi, prises en charge et adaptations à proposer pour faciliter les échanges avec l'enfant et lui permettre la compréhension de consignes (supports gestuels, visuels etc.).

Pour cette évaluation pluridimensionnelle, l'orthophoniste s'appuie sur des temps d'observation libre et/ ou semi-dirigée et des épreuves standardisées, dès que cela est possible. (**Emilie Coudougnan, Mars,2012, p84**)

8-2Analyse intégrative du langage

L'anamnèse est bien entendu la première étape ; elle constitue également un moment précieux d'observation de l'enfant permettant de repérer ou non des signes évocateurs d'un trouble autistique. Outre le recueil d'informations sur le développement de l'enfant et l'attention portée aux inquiétudes des parents,

l'orthophoniste se renseigne sur les modes de communication de l'enfant et sur ses capacités à se faire comprendre. Puis en situation libre ou semi-dirigée, il procède à une observation méticuleuse et relève, aidé par des grilles d'analyse de l'ensemble de ces fonctions, Les aspects suivants :

- présence ou non de pré requis à la communication et au langage verbal (Attention conjointe, attention auditive et visuelle, imitation...).
- modes et fonctions de communication (comment et pourquoi l'enfant communique) ;
- qualité du langage dans sa dimension pragmatique (utilisation du langage en contexte, adaptation aux connaissances de l'interlocuteur...).

Cette observation permet également d'évaluer comment l'enfant perçoit son environnement sonore, de manière générale, et traite une information verbale, en particulier : on notera, notamment, la qualité de la compréhension de l'enfant : consigne simple en situation ou décontextualisée, compréhension auditive altérée mais suppléée par des gestes conventionnels, par une démonstration visuelle ou par l'imitation de ce que font les autres.

Dans une grande majorité des cas, l'enfant autiste présente un déficit de compréhension auditivo-verbale nécessitant d'évaluer son niveau d'acquisition symbolique et de déterminer un mode de suppléance comme l'utilisation de gestes, l'appariement d'un objet à une image ou d'une information verbale à un objet puis à une image ; l'analyse permettra de définir si l'enfant peut accéder à des moyens de communication augmentée (Makaton, PECS).

Si l'enfant n'accède pas aux conditions contraintes d'une évaluation plus standardisée (épreuves de langage oral, par exemple), l'observation permet de recueillir un échantillon de langage spontané, qui offre des informations sur la qualité de l'expression verbale de l'enfant (des onomatopées aux petites phrases,

des emplois de pronoms déictiques aux pronoms référentiels, du jargon aux capacités de répétition ou de reformulation). Le relevé de ce corpus permettra de situer le niveau développemental du langage. Dès que cela est possible, c'est-à-dire dès que l'enfant est suffisamment disponible, avec un minimum d'attention conjointe et de prise en compte de l'autre, il est proposé des épreuves standardisées d'évaluation du langage oral (compétences phonétiques, phonologiques, lexicales et syntaxiques) et une évaluation pragmatique du langage.

L'évaluation du langage oral est complétée chez l'enfant à partir de 5 ou 6 ans par une évaluation classique du langage écrit (capacités reliées à la lecture, procédures d'identification des mots, compréhension écrite et production **(Emilie Coudougnan, Mars, 2012, p84)**

8-3 Outils

L'orthophoniste choisit d'une part les batteries d'évaluation des compétences verbales (expression / compréhension ; phonétique, phonologie, lexique, syntaxe) et d'autre part, les outils qui vont lui permettre d'évaluer et/ou de décrire les compétences communicatives et pragmatiques de l'enfant. Il sélectionne un ou des outils qu'il a l'habitude d'utiliser et dont il maîtrise les aspects théoriques, métrologiques et de passation. Dans le cas où l'enfant présente un retard de développement, il utilisera une batterie d'évaluation, qui correspond à l'âge de développement cognitif de l'enfant et non à son âge chronologique **(Tourette, 2006, p45)**.

Pour l'évaluation de l'enfant autiste, l'orthophoniste pourra utiliser une batterie composite (qui présente l'avantage d'être construite sur un même modèle théorique et dont les épreuves sont étalonnées sur une même population de référence), mais il aura aussi recours à des épreuves spécifiques pour

l'évaluation des fonctions communicatives, des compétences pragmatiques et de l'accès au langage élaboré.

Quelques outils sont présentés ici mais la liste est loin d'être exhaustive. (**Emilie Coudougnan, Mars 2012, p85**)

8-4 Batteries composites

Pour les plus jeunes enfants, les récentes batteries d'évaluation conçues par Coquet, Ferrand et Roustit (2009, 2010) permettent une double approche : des grilles d'observation et des épreuves semi-dirigées complètent des épreuves standardisées :

- EVALO BB (2010) est présentée comme une méthodologie d'observation et un outil permettant le dépistage des troubles du développement du langage chez l'enfant. Cette batterie propose également une évaluation, sur des protocoles de 20 et 27 mois, sur 5 domaines : rapport aux autres, rapport aux objets, compréhension, expression et praxies. Des épreuves s'inspirent du Brunet-Lézine, de l'ECSP, du Nelly-Carole et du CHAT.

- EVALO 2-6 (2009) couvre une tranche d'âge charnière dans le développement du langage oral de l'enfant, elle propose de nombreux domaines d'évaluation, dont l'évaluation des compétences pragmatiques qui est particulièrement pertinente pour le diagnostic d'autisme vs diagnostic différentiel. Ainsi, cette batterie réunit deux volets de l'évaluation : le langage formel et le langage dans sa dimension pragmatique. Elle propose, entre autres, une évaluation pour les enfants avec « peu ou pas de langage », un domaine « jeu et communication ». Les situations d'évaluation diverses (formelle, situation libre ou partagée) associées à des grilles d'observation offrent une souplesse à l'orthophoniste, face à un enfant peu réceptif aux conditions standardisées d'évaluation ou pour lequel une adaptation rapide de la situation et du matériel est nécessaire (Vannetzel et Coudougnan, 2011). D'autres batteries peuvent être également

proposées aux enfants comme les BEPL (Batteries d'Évaluations Psycho Linguistiques de Chevrie-Muller, Simon, Le Normand et Fournier, 1997) qui couvrent une tranche d'âge assez précoce (2 ans 9 mois à 4 ans 3 mois) :

- la BEPL – A, pour les aspects formels du langage et les capacités cognitives non verbales (dont une épreuve d'appariement animaux / images) ;

- la BEPL – B (« le bain de poupées ») qui permet une situation interactive de jeu libre et une exploration des productions verbales de l'enfant : l'analyse du corpus est alors qualitative (par une grille lexicale et morphosyntaxique ainsi qu'un relevé sur l'intérêt porté au jeu, l'incitation verbale, les comportements non verbaux du jeu symbolique...) et quantitative (calcul d'indices tels que nombre d'énoncés, longueur moyenne des énoncés, nombre de prise de parole...) Pour les enfants plus grands (3 ans 7 mois à 8 ans 7mois), la N-EEL (Nouvelles Epreuves pour l'Examen du Langage de Chevrie-Muller et Piazza, 2001) s'inscrit dans la continuité de la BEPL – A. Établie sur un modèle neuropsycholinguistique, cette batterie évalue les aspects formels et les capacités métas phonologiques. On y trouve également le récit d'une histoire en images, épreuve qui peut apporter des indications sur l'normativité et la capacité à faire des inférences.

L'ELO (Évaluation du Langage Oral de Khomsi, 2001) est une batterie de « première intention ». Les étalonnages ont été conçus en fonction de l'âge scolaire des enfants, de la PSM au CM2 ; seuls les aspects structurels du langage sont abordés. (Emile Coudougan, Mars, 2012, p86)

Conclusion

Dans ce chapitre, Le langage, dans sa dimension multimodale, se construit progressivement, sur les fondations constituées par un certain nombre de pré requis. Cette mise en place est relativement rapide Chez l'enfant tout-venant, et par conséquent difficile à observer. Seules des analyses Longitudinales fines des productions des enfants en interaction permettent de déconstruire le Processus pour tenter d'en déterminer les différentes étapes. Chez l'enfant autiste, les Pré requis se mettent difficilement en place et restent instables, et l'on constate des dysfonctionnements tant au niveau de l'articulation des différents paramètres constitutifs du langage qu'au niveau de l'interaction. Ces dysfonctionnements rendent difficile, voire impossible, la mise en place de la multi modalité, ce qui nous amène à la considérer comme un obstacle potentiel à la mise en place du langage, tant en production qu'en perception. En effet, cette multi modalité rend le décodage et l'encodage du langage complexes, puisqu'il faut construire le sens à partir d'une multitude d'indices (regard, mimiques, gestes, verbal, prosodie), jouant chacun un rôle dans le processus de communication, et apprendre à les coordonner. Par conséquent, une meilleure connaissance des différentes étapes de la construction de la multi modalité pourrait avoir des retombées thérapeutiques intéressantes et nourrir la réflexion sur les conduites à adopter pour faciliter l'interaction avec l'enfant autiste.

Le langage est un système, quel qu'il soit, permettant la communication entre deux individus. L'acte de parole est le plus courant lorsqu'il s'agit pour un individu émetteur de transmettre un message à un individu destinataire, mais il existe de nombreuses autres manières de communiquer (langue des signes, communication non-verbale, etc.). La grammaire et la syntaxe forment, quant à elle, le cadre nécessaire à l'élaboration et à l'utilisation d'une langue.

Partie pratique

Chapitre I

La méthodologie de la recherche

Préambule :

La recherche scientifique est un processus dynamique ou une démarche rationnelle qui permet d'examiner des phénomènes, des problèmes à résoudre, et d'obtenir des réponses précises.

Chaque recherche est basée sur une méthodologie bien déterminée, avoir un terrain de recherche, un groupe d'étude et des outils d'investigation, le choix de notre thème intitulé « l'évaluation du lexique réceptif et expressif chez les enfants autistes avec déficience intellectuelle ».

Dans cette partie, on va présenter la méthode sur laquelle on s'est basés pour effectuer notre recherche, ainsi que le terrain et le groupe d'étude, et les outils qu'on a utilisés.

1. La pré-enquête :

La pré-enquête est l'une des étapes les plus importantes dans toute la recherche scientifique, elle se fait par le biais de l'observation préliminaire des faits afin de recueillir le maximum d'informations concernant le thème de recherche et de l'envelopper, elle permettent à l'enquêteur d'éviter les oublis, éliminer des imprécisions, et d'être auprès des personnes concernées, cette phase est une phase de terrain assez précoce dont les buts essentiels sont d'aider à constituer une problématique plus précise et surtout à formuler des hypothèses qui sont valides, fiable argumentées par la suite.

Notre pré-enquête en relation avec notre thème de recherche, s'est déroulée comme suite.

Au début on s'est renseigné sur les différentes associations pour nous orienter, dont on a effectué une petite recherche pour voir la fiabilité de notre thème

intitulé « l'évaluation du lexique réceptif et expressif des enfants autistes avec déficience intellectuelle ».

Cependant, on a choisi d'effectuer notre recherche au sein du centre médico-pédagogique pour enfants inadaptés mentaux de TIMEZRIT.

On s'est présentées au directeur du centre comme étant des stagiaires en Orthophonie spécialité pathologies du langage et de la communication à l'Université de BEJAIA en vue de réaliser une recherche et préparer le mémoire fin de cycle.

Notre stage c'est dérouler durant une période de deux mois s'étalant du 01/03/2022 au 30/04/2022.

Par cette dernière on a pu cerner notre groupe d'étude et élaborer notre problématique de recherche ainsi que notre hypothèse, pour bien investir les données de notre recherche on a utilisé une échelle d'évaluation.

2. Présentation du lieu de recherche :

Notre recherche a été effectuée au sein du centre médico-pédagogique pour enfants inadaptés mentaux (C.M.P.E.I.M).a TIMEZRIT

Le centre C.M.P.E.I.M est un établissement étatique à caractère socio-éducatif. Il a été créé par le décret exécutif N° 04-203 du 19 juillet 2004.

L'établissement a ouvert ses portes le 1^{er} octobre 2005, la population accueillie est hétérogène en ce sens le centre prend en charge toutes les gammes inadaptées mentaux, débilité légère et moyenne et les enfants présentant des difficultés d'apprentissage du constructivisme social, en particulier des enfants en situation handicaps : intellectuelle, moteurs, cognitive, trouble envahissements du développement. Dont l'âge varie entre 03 et 17 ans.

La prise en charge de ces enfants est assurée par une équipe pluridisciplinaire qui comprend :

Psychologues pédagogue, psychologues clinicien, orthophonistes, psychomotricien, éducateurs spécialise, éducateurs, infirmiers, médecin.

- Les objectifs de l'établissement :

- Veiller sur la santé physique et mentale des enfants.
- Assurer une réelle et permanente prise en charge des enfants.
- Les aider à acquérir l'indépendance dans leur vie quotidienne et leur permettre de s'intégrer dans le centre.
- Créer une structure adéquate pour un suivi professionnel de ces enfants.
- Aider les parents à surmonter les difficultés quotidiennes induites pour le handicap de leurs enfants.

3. La méthode utilisée :

Chaque recherche scientifique est fondée sur une méthode déterminée selon la nature du thème ainsi que par les objectifs visés par la recherche.

Dans notre cas, et vu la nature de notre thème la méthode étude de cas semble la plus appropriée et la plus convenable pour atteindre nos objectifs de recherche. « Étude de cas » apparaissent deux activités distinctes. L'une est un mode de travail clinique permettant le recueil (voire l'accueil) de données concernant un sujet singulier, incomparable, irréductible ; ces données doivent être riches (critère du maximum d'informations), diversifiées (critère de la multiplicité des sources), subjectives (critère de la représentation du problème par le sujet), étendues (critère de la totalité et de l'histoire).

L'autre activité est la production par le clinicien d'une représentation ordonnée, explicative, qui rende compte des éléments déterminants de l'histoire et de la subjectivité de la personne concernée. Cette représentation doit satisfaire aux

principes de totalité (ne pas isoler les symptômes, considérer le sujet comme une totalité) et de singularité (c'est la personne qui importe avec ses spécificités, son originalité, son intériorité, ses représentations, son histoire). L'étude de cas (avec ses deux volets) est par ailleurs utilisée à plusieurs niveaux de la psychologie : l'activité clinique professionnelle d'abord, l'activité de communication entre praticiens (exposer un cas, échanger autour d'un cas), l'activité de connaissance (le cas dans la production et la validation de théories). **(jean-louis pedinielli et lydia fernandez, 2020, p48)**

4. L'outil d'investigation :

Pour pouvoir démontrer les troubles de la production et la compréhension lexicale chez les enfants autiste, on a utilisé une technique de recherche qui est : l'épreuve d'évaluation du vocabulaire qu'on a saisie dans une échelle d'évaluation du langage oral (ELO) de KHOMSI.

4.1 BATTRIE :

Compte rendu de notre objet d'étude, le test est de toute évidence un outil privilégié qui va nous permettre d'évaluer et d'explorer les compétences lexicales de notre groupe de recherche.

Un test psychométrique sert à évaluer une personne afin de comprendre ses aptitudes fondamentales telles que la personnalité, la motivation, le raisonnement et bien d'autres capacités cognitives et comportementales à l'aide d'instruments de mesure. (<https://myrhline.com/type-article/recrutement/test-psychometrique/> le 30.05.2022, a 20 :12).

4.1.1 ELO (évaluation du langage oral) :

ELO est une batterie qui vise à décrire divers aspects du fonctionnement langagier oral des enfants âgés de 3 à 10ans, sans chercher une exhaustivité impossible (A. KHOMSI ,2010, p01)

Cette batterie est composé 6 épreuves doit être considérée comme un bilan de langage oral complet. Elle est destinée à décrire et évaluer, de façon fine, diverses composantes de la compétence orale ; et donc évaluer aussi le “risque” lecture. Elle est composée des épreuves suivantes :

Vocabulaire, Phonologie, Compréhension et Production Linguistique, aussi bien en réception qu'en production. Une analyse clinique fine de ces domaines permet d'établir des profils individuels et d'identifier la composante sur laquelle il y a lieu d'intervenir, directement ou indirectement.

(<https://www.pearsonclinical.fr/elo-evaluation-du-langage-oral>, le 02.06.2022 a 12 :12).

Tableau 03 : Répartition des épreuves par domaines

Domaine	LexR	LexP	RépM	C*	RépE	ProdE
Vocabulaire	*	*				
Phonologie			*			
Compréhension				*		
Production linguistique					*	*

Remarque : l'épreuve de la compréhension (C) se devise en deux subtests : C1 (pour les enfants de 3 à 4 ans) et C2 (pour les enfants à partir de 5ans).

4.1.1.1 L'épreuve du vocabulaire :**4.1.1.1.1 Lexique en réception :**

Pour les enfants ; l'épreuve consiste à choisir une image parmi quatre partir d'un nom d'objet propose. (A. KHOMSI ,2010, p4).

L'enfant doit désigner une image parmi quatre a partir d'un nom d'objet propose, l'épreuve comporte 20 items.

4.1.1.1.2 Lexique en production :

Pour les enfants, l'épreuve consiste à dénommer une image correspondante a des images plus ou moins familier, globalement ordonnes en fonction de leur familiarité, à partir d'expérimentations préalable. Elle se décompose en deux parties qui concernent l'une des objets les enfants doivent répondre à la question "qu'est-ce que c'est ? ", et l'autre des évènements (des verbes) ou les enfants doivent répondre à la question "qu'est ce qu'il fait ? ". (A. KHOMSI, 2010, p6).Elle est composée d'une série de 50 items.

5. Les procédures de recueil de donnes :

Dans la présente partie, nous exposons les conditions du déroulement ainsi que les étapes qui nous ont permis d'aboutir à la collection des données tout en tenant compte de l'objectif poursuivi.

5.1 Les conditions du déroulement de notre stage :

Au début de notre stage pratique, et après avoir l'accord favorable de directeur du centre, on a été intègre dans une classe là où on a pu rencontrer les enfants autistes. On a essayé d'établir une relation avec eux et de gager leurs confiances et d'avoir un contact favorable avec ces sujets, et cela par la participation avec les éducateurs et l'orthophoniste.

Après avoir présenté à l'orthophoniste l'objectif de notre recherche on a obtenu l'accord d'assister aux activités pendant tout notre période de stage pour effectuer nos observations, on a occupé un bureau afin d'assurer le bon déroulement de la passation du test.

On a effectué la passation du test en langue kabyle et arabe, a fin de facilite les taches aux enfants.

Le déroulement de la passation a été réalisé dans des bonnes conditions.

5.2 Les étapes du déroulement de notre stage :

On s'est présentées au centre médico-pédagogique pour les enfants inadaptés mentaux de TIMEZRIT entant que des étudiantes en orthophonie ayant comme thème de recherche « l'évaluation du lexique réceptifs et expressif chez les enfants autiste avec déficience intellectuelle » dont on a expliqué à l'ensemble de l'équipe de ce centre l'intérêt de notre thème et on a obtenu le consentement et l'accord , d'effectuer des observations et de réaliser une évaluation avec les enfants autiste dans le cadre d'une recherche scientifique.

Au cœur des observations faites pendant notre stage pratique on a pu s'approches des enfants autistes et de participer avec eux dans l'ensemble des activités pédagogique.

Chaque jour et en collaboration avec les psychologues, l'orthophoniste et les éducateurs ils demandent aux enfants de : nomme les jours de la semaine, activités mathématique, lecture écritures (lettres, mots, phrases textes), activités de latéralité (gauche/droite), exercice de motricité fine et globale, des activités de transition comme le coloriage et le dessin, exercice de perception, d'attention, de mémoire, et de stimulation du langage, exercice de coordination. Dont on a participé pendant deux mois de stage à ces activités. Et c'est dans cette

participation qu'on a pu faire nos observations et la sélection de notre échantillon pour notre évaluation.

6. Les groupes de recherche :

A la lumière de la définition du problème, la formulation de notre problématique, l'objet de notre recherche, et les critères particuliers, on doit très précisément choisir et délimiter le groupe visé, choisir avec soin la tranche qui va répondre à notre thème de la recherche. Le groupe d'étude est un ensemble d'individus qui ont réellement participé à la recherche

Nous avons retenu comme critère de sélection de notre groupe d'étude, tous les cas dispensables répondant à l'objet d'étude. En ce référant aux bilans psychologique et orthophonique ainsi que le diagnostic du pédopsychiatre. Ce sont des enfants autistes avec un déficit intellectuel âges entre 9 à 15ans.

- Les critères d'inclusion :

Tous les sujets sont des enfants autistes verbal avec déficit intellectuel âges entre 9 à 15 ans avec un âge mental de 3ans a 7ans et on a éliminé les enfants qui ont un âge mental moins de 3ans et plus de 7ans.

Les critères exclusion :

Dans notre chercher on n'a pas pris en considération ce critère (le sexe, niveau scolaire).

Tableau 04 : Des caractéristiques du groupe de recherche

Nom et prénom	Age chronologique	Age mental	Sexe	Trouble	Date d'intégration
OU. B	9ans	7ans	Masculin	Autisme avec déficience intellectuelle	2021
L.S	15ans	7ans	Masculin	Autisme avec déficience intellectuelle	2015
N. B	11ans	3ans	Féminin	Autisme avec déficience intellectuelle	2019
W. T	12ans	7ans	Masculin	Autisme avec déficience intellectuelle	2021

Remarque : notre groupe de participants se compose de 4 cas avec lesquels on a travaillé en anonyme.

Synthèse :

Afin d'entamer notre recherche, nous avons recouru à la méthode de description, qui permet une observation approfondie et par la collecte des données, nous avons utilisé des outils de recherche, l'échelle de dévaluation qui nous accorde des informations sur notre thème de recherche.

Chapitre II

Présentation et analyse des résultats

Préambules :

Dans cette partie on va montrer une présentation de notre groupe d'étude ainsi qu'une analyse et une interprétation des données et des résultats obtenus pendant notre pratique en vue de confirmer ou d'infirmer l'hypothèse émise au début de notre recherche.

1. Présentation et analyses des cas :**1.1 Présentation du cas OU. B :**

OU. B est un jeune enfant né le 14/01/2013, il est le benjamin d'une fratrie deux frères, le jeune sujet est issu d'une famille d'un niveau socioéconomique moyen son père est commerçant et sa mère est une femme au foyer. OU. B présente un autisme léger qui se caractérise par : hyperactivité, l'écholalie, manque d'interaction sociale, absence du contact visuel, stéréotype verbal.

A l'âge de 8 ans il a été inséré dans l'établissement C.M.P.E.I.M ou il a été pris en charge par son équipe pluridisciplinaire.

1.1.1 Présentation de la feuille de passation du cas OU. B :

(Voir l'Annexe 01).

✓ On va interpréter les résultats de chaque cas on donne une note de 0 pour le non fait ou non réponse et pour les définitions d'objet au lieu du mot, et une note de 1 pour une réponse juste. Donc ce cas la cotation se fera comme suit : le nombre d'items / 2 ; exemple LexR comporte 20 items, on va les diviser sur deux et le total obtenu sera présenter sur une échelle qui va de 0 à 10 et de 10 à 20, la note ≥ 10 va être considéré comme seuil de notre échelle. si l'enfant obtient un score moins ou égale à 10, cela signifie que l'enfant présente un trouble lexical type réceptif. Ainsi Et de suite.

1.1.2 Analyse des résultats du cas O.U.B :

Tableau 05 : Les résultats de O.U. B lors de la passation.

Domaine	Résultats	Norme
lexR	8/20	20/20
LexP	QQC=15/50 QQF=3/10 Total= 18/60	- 60/60

Figure 04 : interprétations des résultats de l'épreuve de lexique en réception de O.U.B.

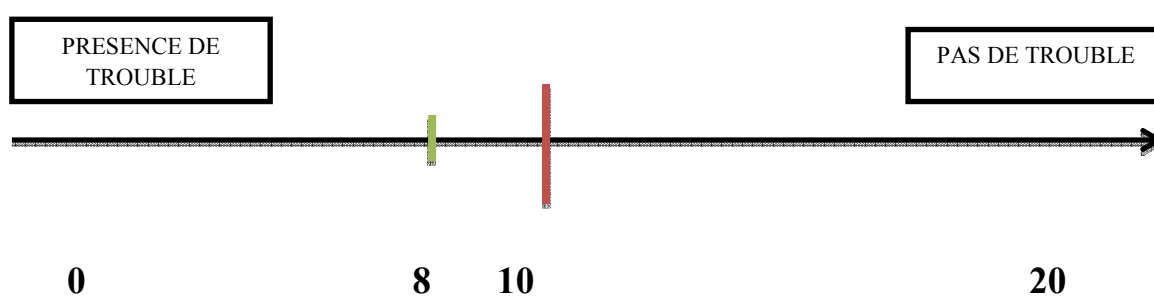
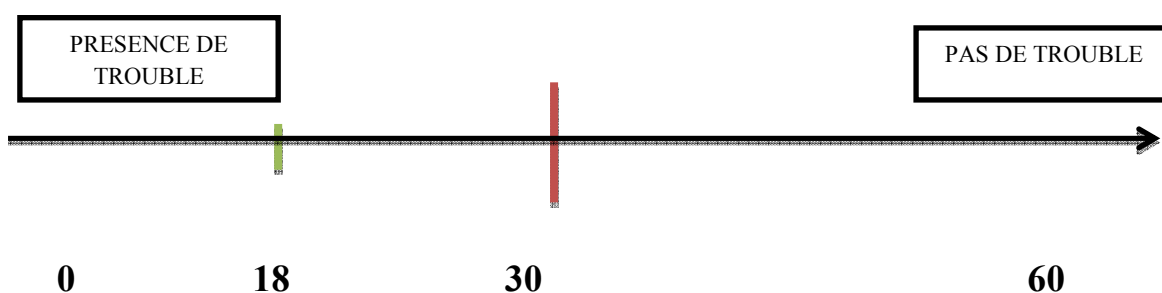


Figure 05 : interprétations des résultats de l'épreuve de lexique en production de O.U.B.



O.U. B a été évalué le 23.05.2022, la figure 01 et 02 ainsi que le tableau 01 résument les résultats obtenus par le sujet.

Dans la figure 01 qui représente le lexique en réception (la tâche de désignation d'image comporte des objets qui a pour objectif évalué la compréhension). On note un score de 8/20 alors qu'il doit obtenir une note de plus 10 par rapport à son âge.

Dans la seconde fuguer qui reflète l'épreuve du lexique en production (dénomination d'image), les résultats obtenus sont aussi inférieurs à la norme, le jeune obtient une note de 18/60 items, c'est un score insatisfaisant par rapport à son âge. On note lors de la passation de cette épreuve des substitutions lexical qui signifie donner des mots proches par le sens :

- *Tabouret* pour *table*.
- *Oiseux* pour *cage et perroquet*.
- *Poisson* pour *aquarium*.
- *Joue* pour *sauter*.
- *Fruit* pour *ananas*.
- *Anniversaire* pour *bougie*.
- *Voiture* pour *conduire*.
- *Cheveux* pour *séchoir*.

Et parfois on note que la passation exprime des mots vague c'est à dire des erreurs d'identification des mots au bon contexte :

- *Serpent* pour *scorpion*
- *Cheval* pour *chameau*
- *Éléphant* pour *rhinocéros*
- *Ecrire* pour *livre*
- *Dormir* pour *se baigner*
- *Une fille* pour *se brosser les cheveux*

Quelquefois on constate des non fait (NF) cela veut dire qu'il refuse de répondre dans le cas où il ne connaît pas la réponse, et quelques fois répète la consigne véhiculée par l'examineur vu que c'est un enfant écholalique.

Synthèse :

OU. B est un jeune autiste verbal, d'après l'évaluation de son profil lexical on conclut qu'il présente un trouble d'évocation lexical et de compréhension lexical.

1.2. Présentation du cas L.S :

OU. B est un jeune adolescent né le 18/08/2007, il est le deuxième d'une fratrie d'une sœur et un frère, le jeune sujet est issu d'une famille d'un niveau socioéconomique moyen son père est enseignant et sa mère est une femme au foyer. L.S présente un autisme typique qui se caractérise par : un trouble de comportement, l'écholalie, manque d'interaction sociale, stéréotype gestuel, absence de contact visuel.

A l'âge de 8 ans il a été inscrit dans l'établissement C.M.P.E.I.M où il a été pris en charge par son équipe pluridisciplinaire.

1.2.1. Présentation de la feuille de passation du cas L.S :

Voir annexe N° 02

1.1.2 Analyse des résultats du cas L.S :

Tableau06 : Les résultats de L.S lors de la passation.

Domaine	Résultats	Norme
LexR	7/20	20/20
LexP	QQC=20/50 QQF=10/10 Total= 30/60	- 60/60

Figure 06 : Interprétations des résultats de l'épreuve de lexique en réception de L.S.

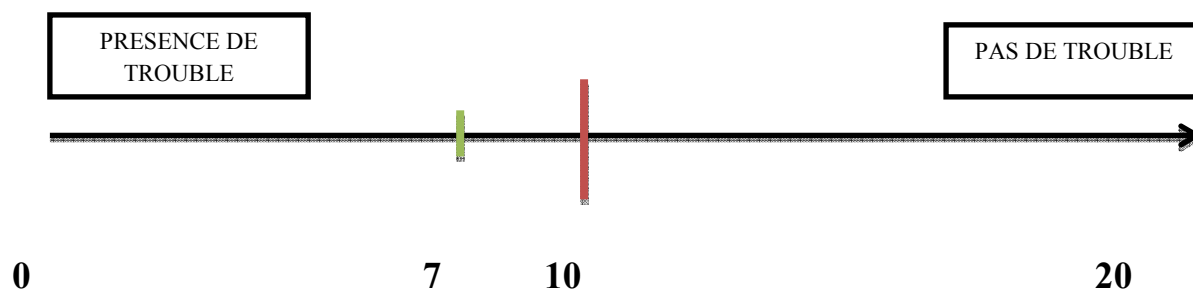
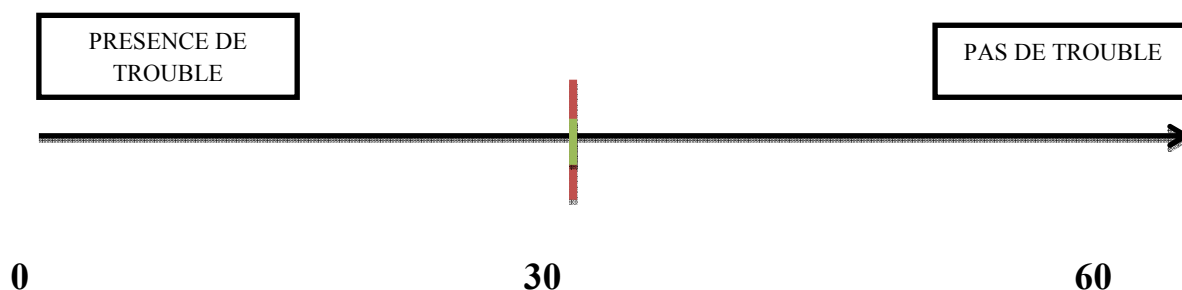


Figure 07 : interprétations des résultats de l'épreuve de lexique en production de L.S.



Les figure 01,02, et le tableau au-dessus récapitule les résultats obtenus par L.S lors de la passation. Le patient a été soumis à l'évaluation le 23.05.2022.

Ces résultats on importer un score dans l'épreuve de vocabulaire en réception (compréhension lexical) de 7/20, cette notre est inferieurs à la norme compte tenu de son âge.

En revanche, la note de son stock lexical en production (nommer les objets et les actions), touche le score minimal qui est 30/60 (la moitié de la moyenne). On remarque un score faible dans la première partie (QQC) celle qui concerne les objets il a eu une note de 20/50. Et dans la deuxième partie (QQF) celle qui concerne les évènements il a acquis la note complet 10/10. On constate que les questions QQF amènent des réponses correctes que la question de type QQC. Il nous semble que le patient est plus à l'aise dans la reconnaissance des actions.

Dans la partie QQC on note que le sujet donne des descriptions sur certain items au lieu de donne le mot correspondant :

- Un instrument qui nous permet d'observer des objets a distance pour jumelles.
- Maison des oiseaux pour cage.
- L'oiseau qui parle pour le perroquet.
- Instrument destiner à mesure la température pour thermomètre.
- Objet qui permet de fermer une porte pour cadenas.

Notons aussi des substitutions d'un mot par un autre :

- *Lumière* pour *lompe et bougie*
- *Brosse à dent* pour *dentifrice*.
- *Douche* pour *arroiseur de salle de bain*.
- *Table* pour *tabouret*.
- *Animal* pour *chameaux et rhinocéros*.

Notons aussi des réponses de type je ne sais pas et le non fais.

Synthèse :

L.S est un adolescent autiste verbal et qui se montre très volontaire lors des épreuves du bilan, le sujet présente une altération dans le domaine de la compréhension et une évocation lexical satisfaisante. Mais cela ne permet pas de dire qu'il a un vocabulaire riche, cependant ces résultats ne correspondent pas à l'âge chronologique et mental de ce patient.

1.2 Présentation du cas W.T :

W.T est un jeune enfant né le 28/01/2007, il est le benjamin d'une fratrie de trois frères, le jeune sujet est issu d'une famille d'un niveau socioéconomique moyen son père est une retraite et sa mère est une garde malade. W.T présente un autiste typique qui se caractérise par : l'écholalie, manque d'interaction social, stéréotype gestuel et verbal, absence du contact visuel. A l'âge de 11 ans il a été inséré dans l'établissement C.M.P.E.I.M ou il a été pris en charge par son équipe pluridisciplinaire.

1.2.1 Présentation de la feuille de passation du cas W.T :

Voir annexe N° 03

1.2.2 Analyse es résultat du sa W.T :

Tableau 07 : Les résultats de W.T lors de la passation.

Domaine	Résultats	Norme
lexR	8/20	20/20
LexP	QQC=13/50 QQF=5/10 Total= 18/60	- 60/60

Figure 08 : interprétations des résultats de l'épreuve de lexique en réception de W.T.

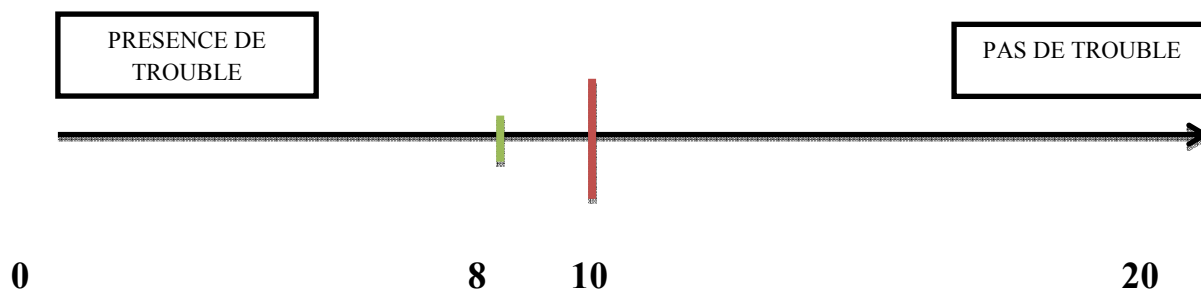
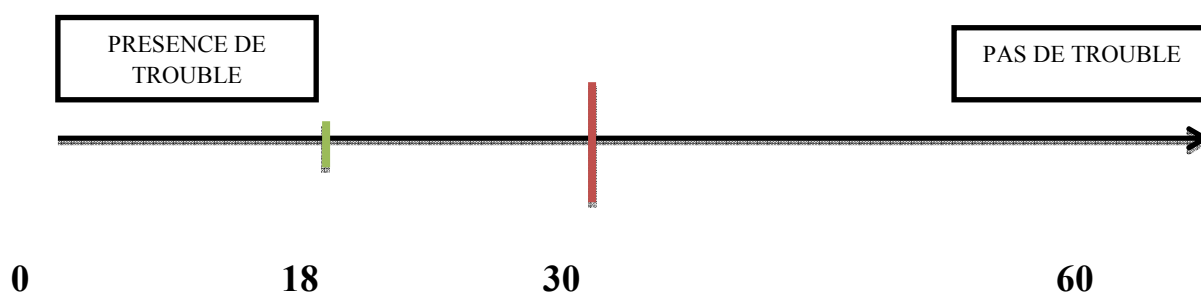


Figure 09 : interprétations des résultats de l'épreuve de lexique en production de W.T.



Les deux figures par-dessus et le tableau, comprennent les résultats de W.T qui a été examiné le 23.05.2022, pendant 50 minutes. La passation de ce sujet a pris beaucoup de temps comparé aux autres qui n'ont pas dépassé 30 minutes. Car ce patient présente un débit de parole très long.

La première figure qui représente l'épreuve de désignation d'images, on observe un score de 8/10. Cette note est inférieure à la norme minimale de l'échelle.

Dans la deuxième figure, on observe un total de 18/60, ce score est aussi en dehors de la norme minimale de l'échelle.

Pendant la passation, on note de nombreuses poses qui se manifestent par des expressions faciales (mimique et gestes), et articule des sons de type "hmmm",

lorsqu'il ne connaît pas le mot. Plus des NF et des réponses de type je ne sais pas où c'est quoi pour certaine épreuve du test.

On constate des substitutions l'lexical :

- *Cheveux* pour *sèche-cheveux*.
- *Clés* pour *cadenas*.
- *Douche* pour *levier*
- *Courgette* pour *aubergine*.
- *Electricité* pour *ampoule*
- *Feu* pour *bougie*
- *Des poissons* pour *aquarium*
- *Un insecte* pour *papillon et scorpion et moustique*.
- *Table* pour *tabouret*.
- *Tabouret* pour *chaise*.
- *Manger* pour *cocote, casserole, cuiller*.
- *Maison* pour *une tente*.
- *Oiseau* pour *cage*.

On note aussi des expressions des mots vagues :

- *Ecrire* pour *lire*.
- *Joue* pour *sauter*.
- *Ouvre la fenêtre* pour *il baille (il fait une description de l'image)*.

- *Dormir pour il se douche.*
- *Chambre pour bibliothèque*
- *Vache pour rhinocéros.*
- *Lit pour fauteuil.*

Synthèse :

D'après le résultat obtenu par le jeune autiste verbal W.T. on constate qu'il possède un stock lexical faible en réception et en production par rapport aux enfants de son âge.

1.3 Présentation du cas N.B :

N.B est une jeune fille née le 10/03/2011, elle est l'inné d'une fratrie d'une sœur et un frère, le jeune sujet est issu d'une famille d'un niveau socioéconomique moyen son père est un Imam de masquée et sa mère est une femme au foyer. N.B présente un autiste typique qui se caractérisé par : l'écholalie, manque d'interaction social, stéréotype verbal, absence du contact visuel, et un manque de communication. A l'âge de 8 ans il a été inséré dans l'établissement C.M.P.E.I.M ou il a été pris en charge par son équipe pluridisciplinaire.

1.3.1 Présentation de la feuille de passation du cas N.B :

Voir annexe N°04

1.3.2 Analyse des résultats de N.B :

Tableau 08 : les résultats de N.B lors de la passation.

Domaine	Résultats	Norme
LexR	2/20	20/20
LexP	QQC=13/50 QQF=2/10 Total= 15/60	- 60/60

Figure 10 : interprétations des résultats de l'épreuve de lexique en réception de N.B.

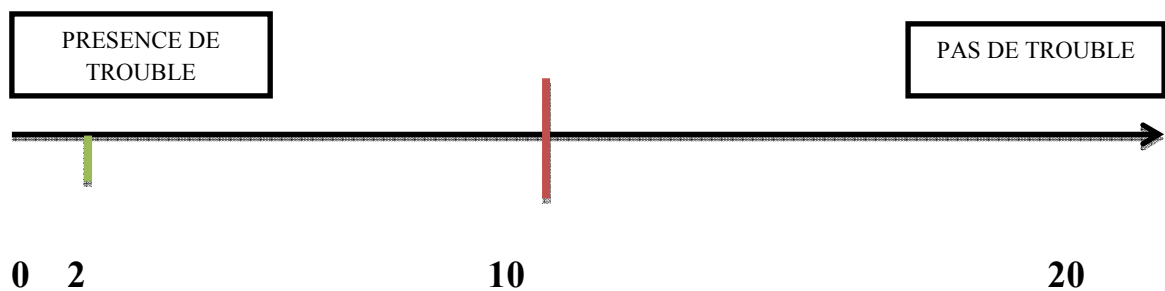
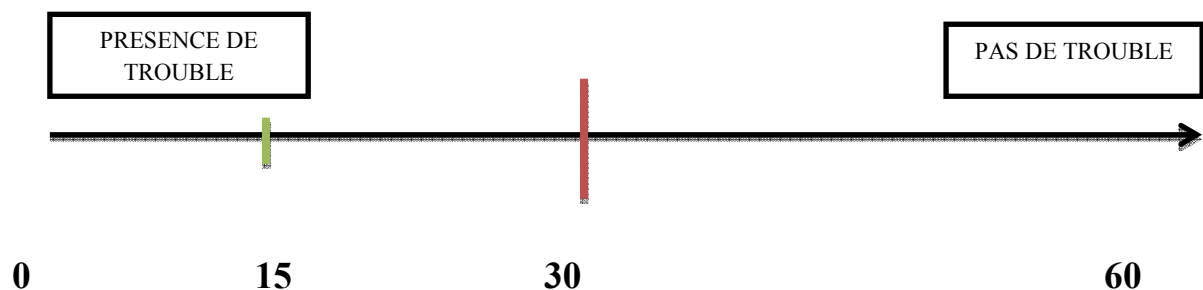


Figure 11 : interprétations des résultats de l'épreuve de lexique en production de N.B.



Le tableau et les deux figures dessous regroupent les résultats de N.B, qui a eu lieu le 24.05.2022.

Dans l'ensemble des items de l'épreuve du lexique en réception (désignation d'images), elle a obtenu une note de 2/20. On distingue alors que ce score est très loin de la norme minimale. Dans cette épreuve le sujet n'a pas compris la consigne on lui a donné une autre chance pour se concentrer et fait une autre correction mais celle-ci garde la même la désignation.

Dans l'autre figure (02) celle qui indique les résultats obtenus par ce sujet, on observe une note de 15/60. Elle n'a même pas touché la moitié de la norme.

Les erreurs commises par N.B dans le domaine de dénomination sont caractérisées par beaucoup de non fait et non réponse (elle tourne sa tête à gauche et à droite) et par la répétition de la consigne (montre-moi le). Elle propose souvent des mots déformés ou totalement incompréhensibles. Et par la production des hyperonymes :

- *Voyager pour avion.*
- *Lumière pour lampe*
- *Animal pour chameau et rhinocéros.*
- *Pigeon pour perroquet.*
- *Soupe pour cocotte.*

Synthèse :

N.B est une fille autiste avec langage oral, suite à la passation et on se réfère au résultat obtenu on décrit un trouble de langage de type lexical en production et en compréhension. Le sujet possède un vocabulaire très pauvre par rapport aux enfants de son âge.

2. discussion des hypothèses :

A travers notre intervention, au sien de l'établissement des inadaptés mentaux de TIMZERIT on a pu réaliser des évaluations qualitatives et quantitatives de la capacité d'accès au lexique chez l'autiste en vue de confirmer ou d'infirmer notre hypothèse de recherche.

Notre étude porte l'attention sur les difficultés d'évocation et de compréhension lexicale dans l'autisme, pour cela on a pris l'épreuve de vocabulaire dans le test ELO, pour pouvoir explorer l'étendu de leurs vocabulaire actif, et on a choisi un échantillon de quatre enfants autistes avec langage oral.

Les taches de notre outil de recherche portent sur des exercices de dénomination des objets (lapin, chat, table, jumelle, chapeau.) et des verbes (il mange, il lit, elle se coiffe.) et des exercices de désignation d'images (chaise, banc, tabouret, fauteuil...).

D'après l'analyse des résultats obtenus nous venons de voir que tous les enfants sont dans le seuil d'avoir un trouble lexical. Le cas de L.T a eu la moitié de la moyenne, ce sujet présente des capacités d'expression oral acceptable mais insuffisante par rapport à son âge.

On se référant à l'étude et au résultat obtenu par Maria. K ; Eline, T ; kleanthes. k qui ont évalué les compétences lexicale et morphosyntaxique chez les enfants autistes dont t'ils ont fait passé le test de Renfreur (QIV) version grec et le test chypriote dit d'actions et d'objet pour leurs patient nommé YS qui est un garçon grec âgé de 9ans et qui présente un autisme a haute niveau.

Les performances de Y. S. révèlent un écart important entre les ver- sants réceptif et productif : la compréhension langagière est relativement intacte, alors que la production est sévèrement altérée tant pour le vocabulaire que pour la morphosyntaxe (la grammaire). En utilisant une approche d'étude de cas

multiples, nous avons également pu comparer les performances d'Y. S. à celles de garçons multilingues (grec chypriote/grec standard) avec et sans troubles spécifiques du langage (TSL), appariés en âge mental. Les découvertes les plus significatives sont les suivantes :

- Y. S. a des troubles sévères, comparé à tous les autres participants, Pour ce qui est de la production morphosyntaxique et de la formulation De définitions ;
- Y. S. et le participant multilingue avec TSL sont significativement plus en difficulté dans le sous-test de répétition de phrases (QIV), comparés aux autres participants.

L'Hypothèse mise au départ stipule que " les compétences lexical en production et en réception chez les enfants autistes avec déficit intellectuelle associe est déficitaires" a été confirmé dans tous les cas présenter dans notre travail de recherche.

Les enfants qui présentent un TSA se caractérisent généralement par une apparition tardive des premiers mots en moyenne de 3 à 4ans au lieu de 12-18 mois ils comprennent moins les mots par rapport un enfant de mémé âge, ils produisent moins avec difficulté de définir des mots avec les mots, les catégories et les associés.

L'existante d'un trouble lexical dans ses deux versant a pu être met en évidence dans l'autisme.

Conclusion générale

Plusieurs constats nous ont encouragés à mener cette étude. D'une part de nombreux enfants TSA souffrent des symptômes entravant leur adaptation et d'insertions sociales : le trouble de compréhension et de production lexical son fréquent dans l'autisme.

Notre thème de recherche porte sur « l'évaluation du lexique réceptif et expressif chez les enfants autistes avec déficience intellectuelle ».

Pour répondre à notre hypothèse de recherche et atteindre notre objectif, nous avons effectué des recherches dans des revues littérature et des articles scientifique dans le but de recueillir des informations sur notre thème de recherche.

Et pour améliorer et enrichir notre étude nous avons effectué un stage pratique au sein du centre médico-pédagogique pour les enfants inadaptés mentaux de la commune de TIMEZRIT, l'ont eu l'occasion d'observer les enfants autistes et décrire les difficultés d'expression et de compréhension dont ces derniers souffrent.

Dans le cadre de notre travail de recherche sur les troubles lexicaux dans l'autisme, on est arrivé à répondre sur certaines questions concernant les capacités d'évocation et de compréhension lexicale chez ces enfants.

On a réalisé ce travail à l'aide d'une épreuve de vocabulaire qu'on a pris dans de test dévaluation du langage oral de KHOMSI.

Nous avons présenté Les résultats obtenus dans des tableaux. Et d'après une large analyse de ces derniers nous avons pu confirmer notre hypothèse.

Enfin cette recherche reste une bonne expérience à travers laquelle on a appris beaucoup de choses sur le plan éducatif, pédagogique, humain et personnel ainsi on a arrivé à réaliser notre objectif tracé au début de notre étude,

il reste à dire que même si on est arrivé à ces résultats mais notre recherche reste limitée car notre sujet de recherche permet une ouverture sur d'autres recherche plus approfondis. Il reste beaucoup de travail à complaire pour élargir les champs de recherche dans l'autisme.

Bibliographie

Ouvrage :

- A.khoms,manuel, evaluation du langage oral, 2010,centre de recherche d'édition et d'application psychologique, CREAPSY.
- Agnès Florin, Le développement du langage, 2e édition, 5 rue Laromiguière, 75005 Paris Dunod, 2016,
- Bassano, D. (1998). L'élaboration du lexique précoce chez l'enfant français : structure et variabilité.
- Bassano, D. (2000). La constitution du lexique : Le « développement lexical précoce ». Dans Fayol, M. et Kail, M. (dir.), *Le langage en émergence*. PUF,
- Bates, E., Dale, P., et Thai, D. (1995). Individual differences and their implications for theories of language development. Dans Fletcher, P. et MacWhinney, B. (éd.), *The Handbook of child language*. Cambridge, Blackwell,
- Bernadette Rogé 2003 Ed dunod ; Autisme comprendre et agir, Paris.
- Bernicot, Josie.1998. L'acquisition du langage. Paris : Dunod. (2e édition, 1ere édition, 1994).
- Bertrand jorden'autisme le gène introuvable' janvier 2012 éd seuil, Paris.
- C. tardif, B. Gepner, (2003) « l'autisme » Ed Nathan vuef, paris
- Caroline bogliotti, les trouble de la dénomination, dans langue francaise 2012.
- CARON, J. (1989), Précis de psycholinguistique, P.U.F, Paris.
- Chevie muller C ET Narbona J (2006) Masson,le langage de l'enfant aspect normaux et pathologique, 2é édition ,Daniel Marcelli et Al 2007. 2eme Edition l'autisme et les troubles développement psychologique.

- Clark, E. (1973). What's in a word? On child's acquisition of semantics in his first language. Dans Moore, T.E. (éd.), *Cognitive Development and the Acquisition of Language*. New-York, Academic Press.
- De. R. Villard. (1984) « psychose et autisme de l'enfant » Ed Masson, paris.
- Dominique yvon et Al 2014, la découverte de l'autisme des neurosciences a la vie en société. Donud 2014.
- Dsm5 manuel statistique des trouble mentaux Marc-Antoine Crocq et al 2013, ELSEVIER MASSON.
- Duvignau, K. (2002). *La métaphore, berceau et enfant de la langue. La métaphore verbale comme approximation sémantique par analogie dans les textes scientifiques et les productions enfantines (2-4 ans)*. Thèse Sciences du Langage. Université Toulouse Le-Mirail, Novembre 2002.
- E. R. Rivo. B. laxer, (1983) « autisme, la réalité refusé » Ed simep, paris.
- Emile Coudougan, Le bilan orthophonique de l'enfant autiste : des recommandations à la pratique, Paris, Mars 2012, Rééducation Orthophonique - N° 249 ,
- F Chossy (2003), « autisme. Comprendre et agir » Ed Dunod, paris.
- F. Bonnet-Brilhault 2017, L'autisme : un trouble neuro-développemental précoce.
- G. lelord, D. sauvage, (1990) « l'autisme de l'enfant » Ed Masson, paris.
- Jean cottraux prise en charge comportementale et cognitive trouble du spectre autistique, Elsevier Masson, Paris2014.

- Jean-louis pedinielli, lydia fernandez2020. L'observation clinique et l'étude de cas, Armand Colin.
- juliette-Elie-Deschamps, cognition, représentation, langage, De la production et la compréhension d'énoncés non-littéraires à la catégorisation lexicale : liens et pistes de travail dans le cadre des Troubles du Spectre Autistique, 2016.
- Le DSM-5, manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, American Psychiatric Association, 2000 ; 2013).
- M. Ould Taleb 2015. 2ème Edition. Manuel de la pédopsychiatrie.
- Marie Leroy, Caroline Masson. Les dysfonctionnements du langage chez l'enfant autiste : une étude de cas entre un et trois ans. Rousseau T. et Valette-Fruhinsholz F. Le langage oral : Données actuelles et perspectives en orthophonie, Ortho-édition, pp.89-110, 2010. Ffhalshs-00628334f.
- Michèle Kail, l'acquisition du langage point delta, Paris 20012.
- Pascal et al 2007 l'autisme et les troubles du développement psychologique. 2ème édition. Elsevier Masson. Paris
- Patrick Bonin 2013. 2ème Edition, Psychologie du langage la fabrique des mots. De boeck, Paris
- PEETERS T. L'autisme, de la compréhension à l'intervention Dunod, Paris.
- Pierre Ferrari 2010. 6ème Edition, L'autisme infantile. point delta.
- Rachel Brousse. Enseignement et apprentissage du lexique à l'école élémentaire en lien avec l'autisme sans déficience intellectuelle. Education. 2013. dumas-00909704

– RONDAL J.A., SERON X., 1985 Troubles du langage. Diagnostic et rééducation. P. Mardaga (Ed).

– Yeargin-Allsopp, M., Rice, C., Karapurkar, T., Doernberg, N., Boyle, C., et Murphy, C. (2003). Prevalence of autism in a US metropolitan area. JAMA 289, 49–55.

Site internet:

– LAROUSSE, Langage [en ligne], 25/05/09, mise à jour le 22/09/15, disponible sur : < <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/langage/46165> >, [consulté le 30/08/2015]

<https://orthophonie.ooreka.fr/comprendre/trouble-developpement>.06/06/2022 a 22:00

https://layalina.top/%D9%85%D8%B3%D8%AA%D9%88%D9%8A%D8%A7%D8%AA_%D8%A7%D9%84%D8%AA%D8%AD%D9%84%D9%8A%D9%84_%D8%A7%D9%84%D9%84%D8%B3%D8%A7%D9%86%D9%8A_%D8%B9%D9%86%D8%AF_%D8%AF%D9%88%D8%B3%D9%88%D8%B3%D9%8A%D8%B1?fbclid=IwAR0yUm_qWb85uDFW7Acif-

TOwBh4hYqAnmmGJNfwnQPBLt4rGkqs2MY3w3Y. 04/06/2022 à 13 :12

-<https://journals.openedition.org/corela/4745>

Guide :

– Nice (national Institute for Health and care excellence) 2013, la prise en charge de l'autisme chez les enfants et les adolescents

– Troubles du spectre de l'autisme Guide d'appui pour l'élaboration de réponses aux besoins des personnes présentant des troubles du spectre de l'autisme. CNSA (caisse nationale de la solidarité pour l'autonomie) 2016

Mémoire et Thèses :

- Mazet, p, coll. (2001) « autisme infantile et psychose précoce de l'enfant » encycl. Méd.glr psychiatrie.37.201.G10.
- Mazet, p, coll. (2001) « autisme infantile et psychose précoce de l'enfant » encycl. Méd.glr psychiatrie.37.201. G10. these
- Mémoire de master LACHEBI Ahlem et MATIB Meriem étude de cas d'autisme 2017 Université des Frères Mentouri Constantine Faculté des Sciences de la Nature et de la Vie
- SAKRI RAYENE, LES DIFFICULTES DE COMMUNICATION CHEZ LES ENFANTS AUTISTES : « CAS DES ENFANTS ADMIS AU CENTRE PSYCHOPEDAGOGIQUE DES HANDICAPES MENTAUX A BISKRA EL-ALIA ». Mémoire de master, Université Mohamed Khider de Biskra Année 2019/2020.
- Thèse, Recommandations pour la pratique professionnelle du diagnostic de l'autisme, Docteur Amaria Baghdadli , juin 2005 (FFP).

Document :

Léa Dalfin, 2010, langage et autisme, Paris, pp 1.2pdf

Annexes

L.S. 23.05.22

2. الإنتاج المعجمي: (Lexique en production)
(2) و شوو هذا؟

-	26. ميشوار
-	27. غراف
-	28. مسالك لحويج
-	29. مثقاب
-	30. طابطة لحديد (لحاددة)
-	31. كادنة
-	32. بيبليوتيك 8 سنوات و 3 اشهر
-	33. قصص
-	34. عقرب
-	35. كلاب
+	36. قدرة
+	37. لابريس
+	38. بواطة الملح
-	39. طبل
+	40. بانديج
+	41. تلفريك
-	42. مكواة
-	43. مقلي
-	44. أناتاس
-	45. وحيد القرن
-	46. ناموسة
-	47. تير مومتر
-	48. بيغاه
-	49. خيمة
-	50. قبطارة 10 سنوات و 3 اشهر

+	1. قتيبة
+	2. قط
+	3. طابطة-مايدة
+	4. مقص
-	5. شابو
+	6. تكريم
-	7. برابلوي
+	8. لمية
-	9. فراشة
+	10. شمعة
-	11. طيارة
-	12. مرش
-	13. دونتفريس-لصقة-بو مادة
+	14. جمل
-	15. جوميل
-	16. صنارة-رمي-خط
-	17. أر تيلة
-	18. طابوري
+	19. أكرار يوم
+	20. تورنفيس 5 سنوات و 3 اشهر
+	21. ساعة
+	22. بيانو
+	23. الصبار
+	24. بصلة
+	25. ساكادو

1. الاستقبال المعجمي: (Lexique en réception)
(1) و ريلي التصورة الي تفركك عليها.

+	1. كسكيطة-شابو-شاشية-التاج-5 سنوات و 3 اشهر
+	2. طيارة-طوموبيل-كاميون-كار (بيس)
+	3. قط-كلب-قتيبة-حجاجة
+	4. بنانة-تفاحة-نجاص-لعنب
-	5. البقرة-لورس-حصان-حروف
+	6. مثقاب (الة ثقافية)-مانسوتورنوفيس-لمبوط
-	7. طاص-طيسي-قرعة-كاس
+	8. كرسي-مطرح-طابوري-فوناتي
+	9. صندالة-ليفو-صباط-لمبوط
+	10. زمارة-دربوكة-بيانو-قبطارة
-	11. قانيزة-كارطابل-صاك-قفة
-	12. تريكو-قمجة-جيبية-سروال
-	13. مارطو-منشار-ترنفيس-جالة
-	14. عين-بينوار-حمام-لافابو
-	15. قرون-كرنب-قرعة-بصل
-	16. بالين-قرش-سردبين-دلفين
-	17. كرسي-دروج-سلوم-طابوري
-	18. أبراي-فوتو-خواطر-مجهر-جوميل
-	19. بالون-فيلر-كوردة-بيربية
-	20. طيارة-البيكو-تير-جر-اشيد-تلفريك

نقطة ب (+) في الخانات الموجودة في اليسار،
عندما تكون الصورة المختارة الصورة الصحيحة.
ضع دائرة على الإجابة
عندما تكون مختلفة.

واش ادير؟

+	6. راهو بقرا
+	7. راهو دسوة
+	8. راهو (راهي) نمط الشعر
+	9. راهو يقفز على الكوردة
+	10. راهو يلعب بالكوردة

+	1. راهو رافد 5 سنوات و 3 اشهر
+	2. راهو بيكي
+	3. راهو يشرب
+	4. راهو ياكل
+	5. راهو ينسل-راهو يدوش

الاستقبال المعجمي: (LexR)

:(QQC)

الإنتاج المعجمي (Lexp):

:(QQF)

نقط ب "+" (في الخانات الموجودة في اليسار)،
عندما تكون الإجابة صحيحة، و تنسخها
عندما تكون مختلفة.

N. 11. 23. 05. 22

2. إنتاج المعجمي: (Lexique en production)

(2) وثنو هذا؟

+	26. سيشوار
-	27. غراف
+	28. مسالك لحوايج
-	29. مثقاب
+	30. طابالة لحديد (لحدادة)
-	31. كادنة
-	32. بيبليوتيك 8 سنوات و3 اشهر
-	33. فقص
-	34. عقرب
-	35. كلاب
+	36. قدرة
-	37. لايريس
-	38. بواطة الملح
-	39. طبل
-	40. بانجل
-	41. تلفريك
+	42. مكواة
-	43. مقلى
-	44. اناناس
-	45. وحيد القرن
-	46. ناموسة
+	47. تير مومتر
+	48. بيغاء
-	49. خيمة
-	50. قبطارة 10 سنوات و3 اشهر

+	1. قنينة
+	2. قط
-	3. طابالة-مابدة
+	4. مقص
+	5. شابو
+	6. لكريم
-	7. برايلوي
-	8. لمبة
-	9. فراشة
+	10. شمعة
-	11. طيارة
-	12. مرش
+	13. دو نتفيس-لصفه-بومادة
-	14. جمل
-	15. جوميل
-	16. صنار-ذرمي-خط
-	17. ارنيلة
-	18. طاوري
-	19. اكاريوم
-	20. تورنيس 5 سنوات و3 اشهر
-	21. ساعة
-	22. بيانو
+	23. الصبار
+	24. بصلة
-	25. ساكادو

1. الاستقبال المعجمي: (Lexique en réception)

(1) وزيلي التصويرة ألي نقولك عليها

+	1. كسكيطة-الشابو-شاشية-التاج-سنوات و3 اشهر
+	2. طيارة-طوموبيل-كاميون-كار (بيس)
+	3. قط-كلب-قنينة-دجاجة
+	4. بنانة-تفاحة-لنجاص-لعنب
+	5. البقرة-لورس-حصان-خروف
-	6. مثقاب (اله ثقافية)-مانسو-تورنوفيس-لمبوط
+	7. طاص-طيسي-قرع-كاس
-	8. كرسي-مطرح-طاوري-فوناي
-	9. صندالة-ليفو-صباط-لبوط
-	10. زمار-دريو-كيميائو-قبطارة
-	11. فاليزة-كار-طابل-صاك-قفة
+	12. تريكو-قمحة-جيبية-سروال
-	13. مارطو-متشار-ترنيس-باله
-	14. عين-بينو-ار-حمام-لافايو
-	15. فرنون-كرنب-قرعة-بصل
-	16. بالين-قرش-سرينين-دلفين
+	17. كرسي-دروج-سلوم-طاوري
+	18. أبراي-فوتو-خواطر-مجهر-جوميل
-	19. بالون-فيلو-كورد-بيربية
-	20. طيارة-البيكو-بنير-سير-اشبيت-تلفريك

نقطة ب (+) في الخانات الموجودة في اليسار.

عندما تكون الصورة المختارة الصورة الصحيحة.

ضع دائرة على الإجابة

عندما تكون مختلفة.

واش إدير؟

-	6. راهو بفا
-	7. راهو بيقو
+	8. راهو (رامس) بمشط الشعر
-	9. راهو بفر على الكوردة
-	10. راهو يلعب بالكوردة
+	10. راهو تعسن 8 سنوات و3 اشهر

+	1. راهو راقد 5 ساعات و3 اشهر
+	2. راهو بيكي
+	3. راهو يشرب
+	4. راهو ياكل
-	5. راهو ينسل-راهو يدوش

الاستقبال المعجمي: (LexR)

: (QQC)
الإنتاج المعجمي (Lexp):
: (QQF)

نقط ب "+" في الخانات الموجودة في اليسار.

عندما تكون الإجابة صحيحة، و تنسخها

عندما تكون مختلفة.

N.B: 24.05.22

2. إنتاج المعجمي: (Lexique en production)
(2) وشنو هذا؟1. الإستهقال المعجمي: (Lexique en réception)
(1) وريلي التصويرة ألي نفوك عليها.

26	سيشوار
27	غراف
28	مسالك لحوايج
29	مقالب
30	طابله لحديد (لحدادة)
31	كادنة
32	بيبلوتيك 8 سنوات و3 اشهر
33	فقص
34	عقرب
35	كلاب
36	قذرة
37	لايريس
38	بواطة الملح
39	طيل
40	بانجل
41	تلفريك
42	مكواة
43	مقلي
44	اناناس
45	وحيد القرن
46	ناموسة
47	جير مومتر
48	بيغاه
49	خيمة
50	قبطارة 10 سنوات و3 اشهر

1	قنينة
2	قط
3	طابله-مايدة
4	مقص
5	شابو
6	لكريم
7	برابلوي
8	لمية
9	فراشة
10	شمعة
11	بطيارة
12	مروش
13	دونتفريس لصفه-بومادة
14	جمل
15	جوميل
16	صنارة-رمي-خط
17	ارتيلة
18	طابوري
19	أكارايوم
20	تورنيس 5 سنوات و3 اشهر
21	ساعة
22	بيانو
23	الصبار
24	بصلة
25	ساكادو

1	كسكيطه-الشابو-شائنية-التاج 5 سنوات و3 اشهر
2	بطيارة-طوموبيل-كاميون-كار (بيس)
3	قط-كلب-قنينة-دجاجة
4	بنانة-تفاحة-انجاص-لعناب
5	البقرة-لورس-حصان-حروف
6	مقالب (اله ثقافية)-بانسو-تورنوفيس-لمبوط
7	طاص-طبسي-قرعة-كاس
8	كرسي-مطرح-طابوري-فوتاي
9	صنداله-لبقو-صباط-لبوط
10	زمار-تدربو-كيميائيو-قبطارة
11	قالبزة-كاز-طابل-صاك-قفة
12	تريكو-خمجة-جيبية-سبر-وال
13	مارطو-منشار-خر-نغيس-جالة
14	عين-بينوار-حمام-لافابو
15	قرنون-كرنب-قرعة-جصل
16	بالين-قرش-سردين-تلفين
17	كرسي-دروج-سلود-طابوري
18	أبراي-فوتو-خاظر-مجهر-جوميل
19	بالون-فيلو-كورد-بويبية
20	بطيارة-اليكو-بتر-جيا-اشبيت-تلفيريك
10 سنوات و3 اشهر	

نقطه ب (+) (في الخانات الموجودة في اليسار)،
عندما تكون الصورة المختارة الصورة الصحيحة.
ضع دائرة على الاجابة
عندما تكون مختلفة.

واش اندير؟

6	راهه بيرا
7	راهه بوموق
8	راهه (راهي) منشط الشعر
9	راهه بيفز علي الكوردة
10	راهه يلعب بالكوردة
10	راهه نغسان 8 سنوات و3 اشهر

1	راهه رافد 5-سارات و3 اشهر
2	راهه بيدي
3	راهه بشراب
4	راهه ياكل
5	راهه ينسل-راهه يدوش

الإستهقال المعجمي: (LexR)

:(QQC)

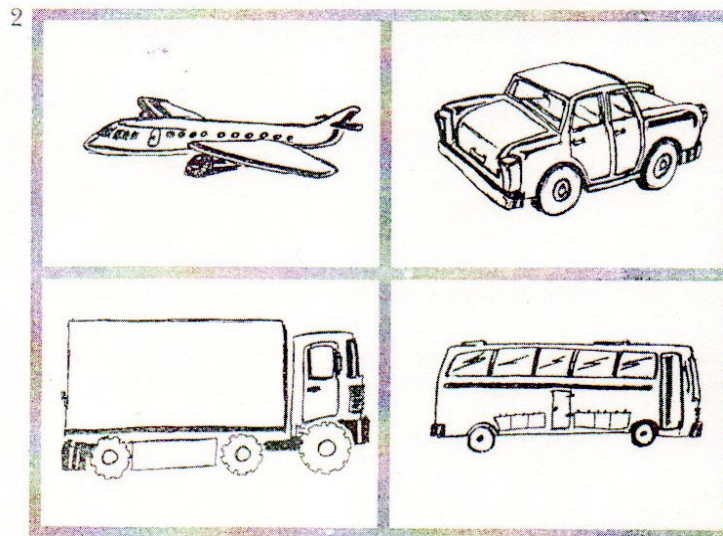
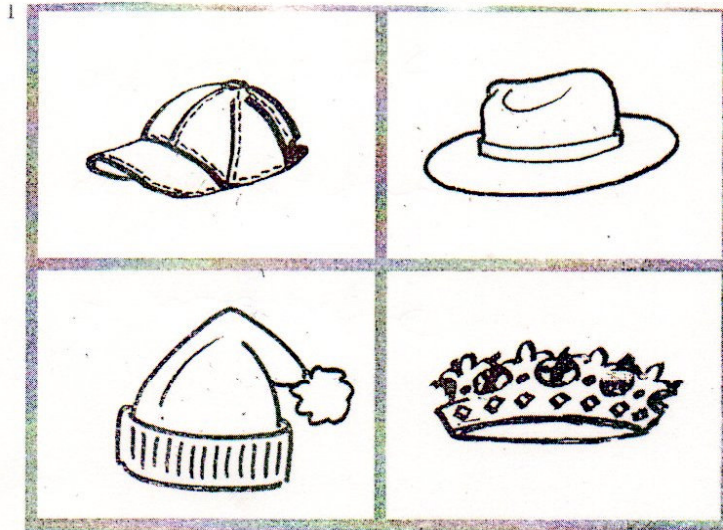
:الإنتاج المعجمي (Lexp)

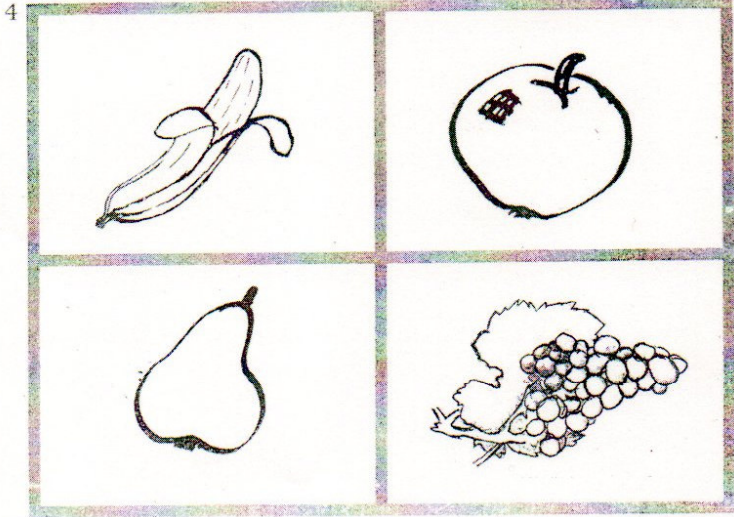
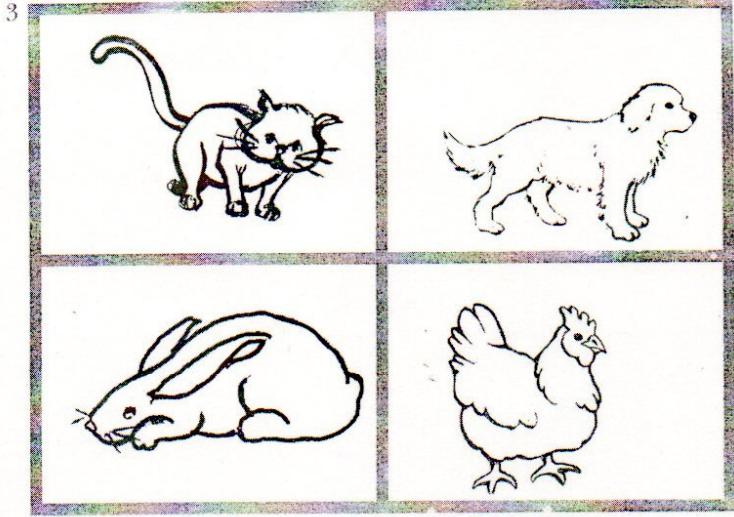
:(QQF)

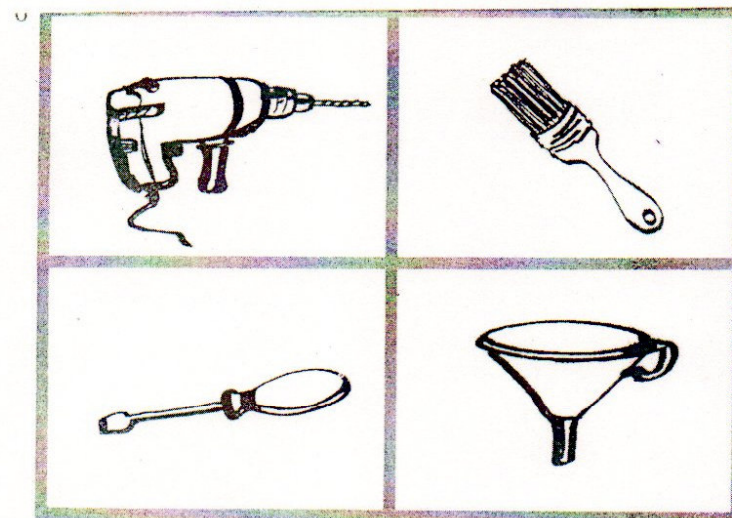
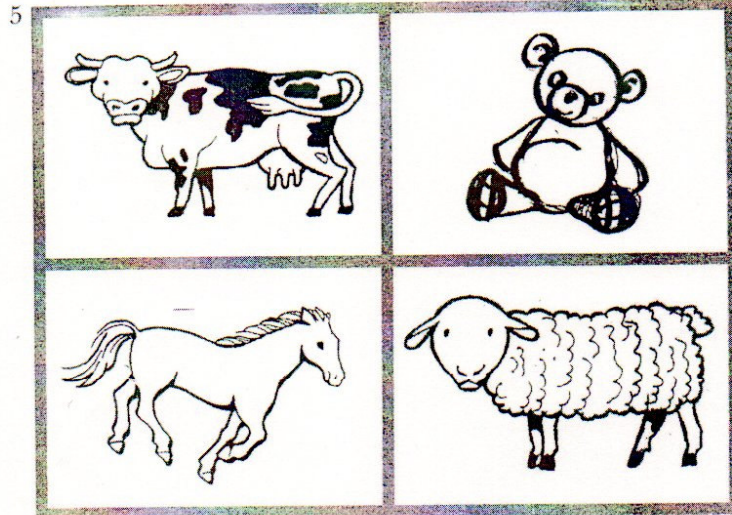
نقطه ب "+" (في الخانات الموجودة في اليسار)،
عندما تكون الإجابة صحيحة، و تنسخها
عندما تكون مختلفة.

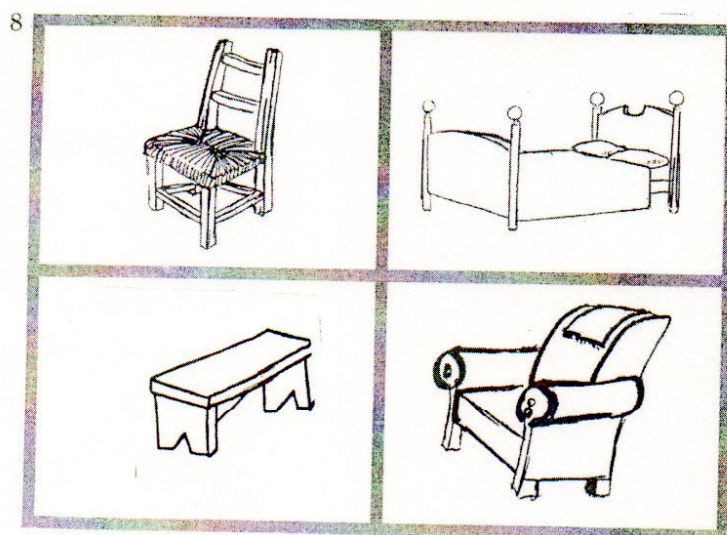
Annexe 05

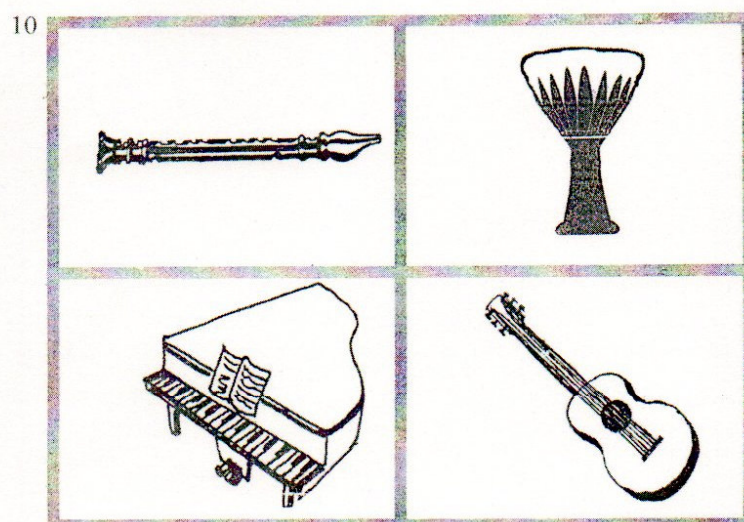
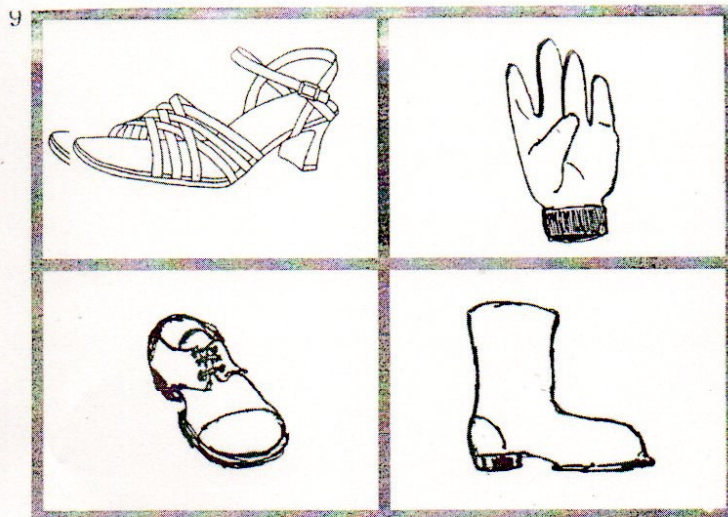
1-بنود الإختبار على مستوى الإستقبال المعجمي: (Lexique en réception)

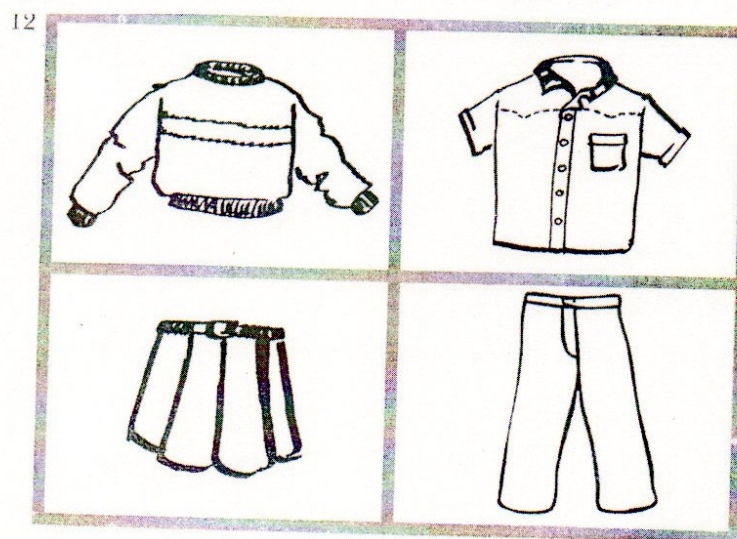
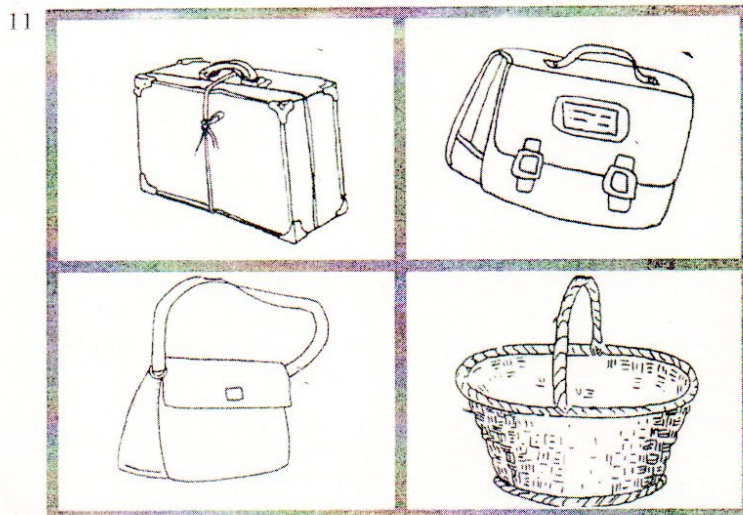




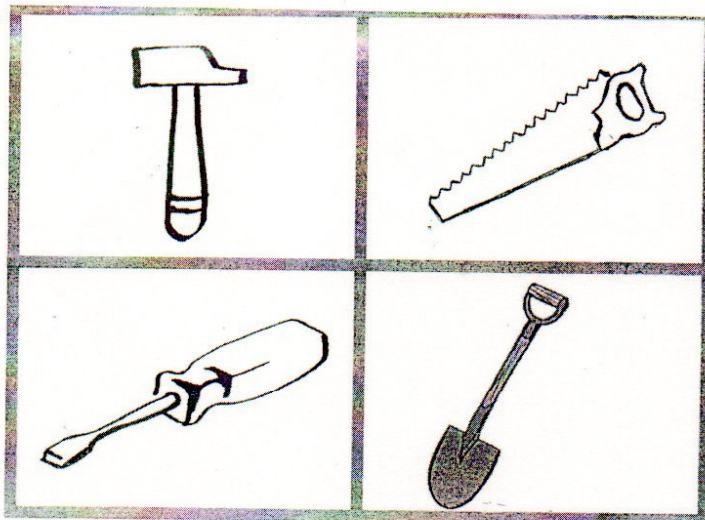




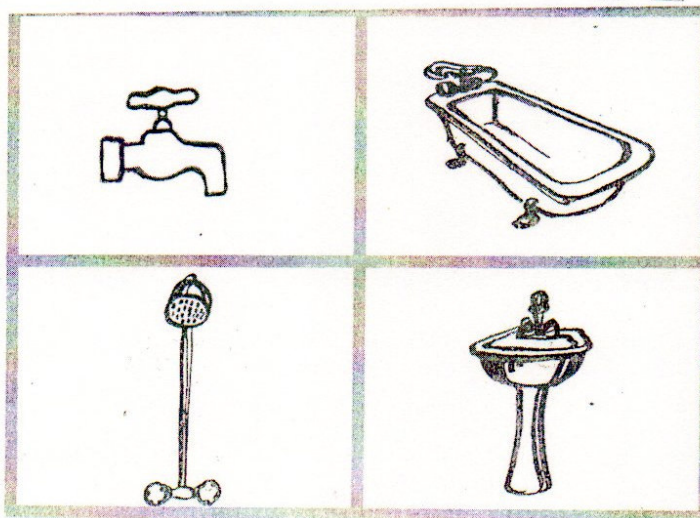


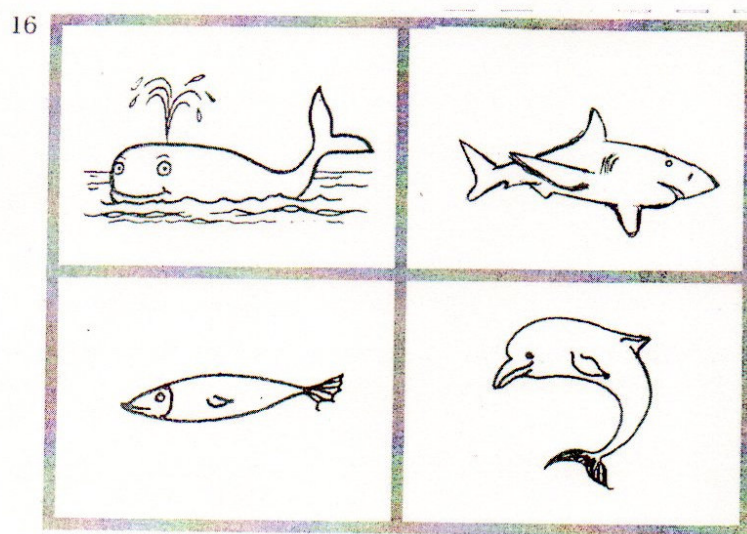
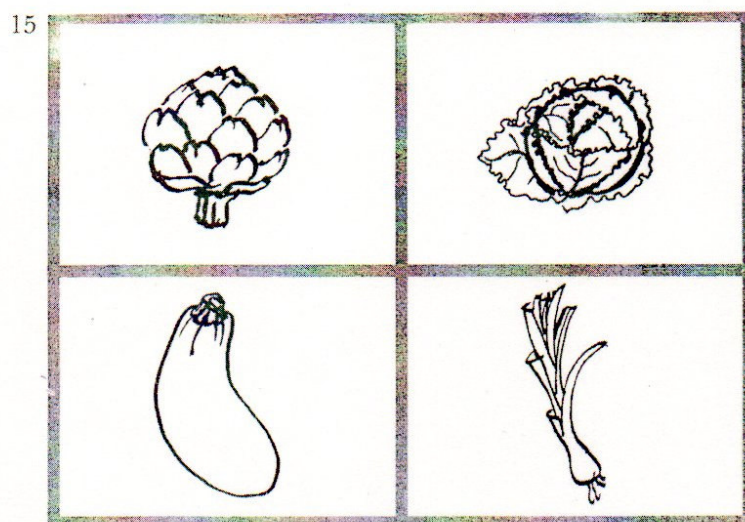


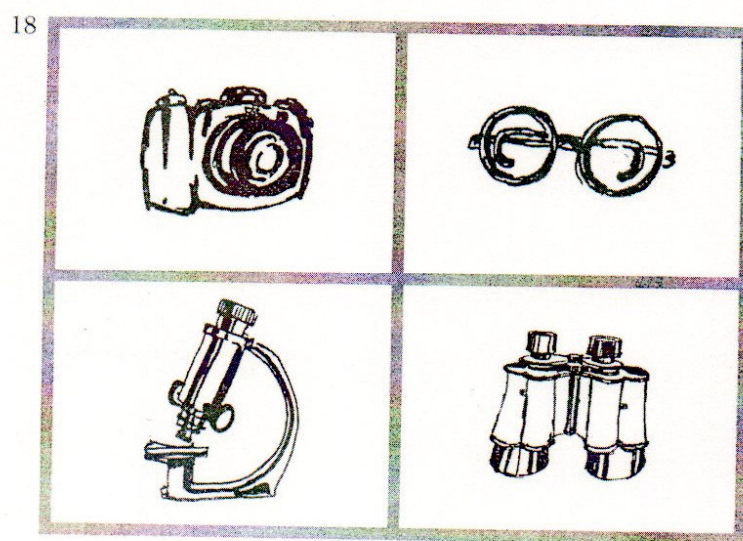
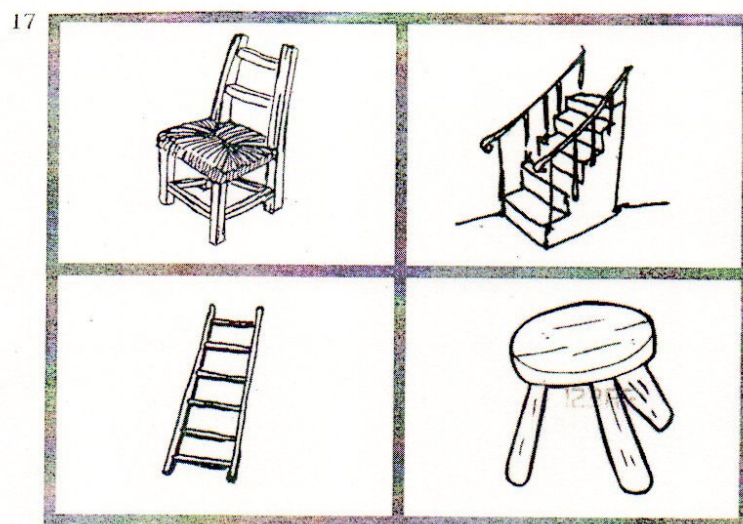
13

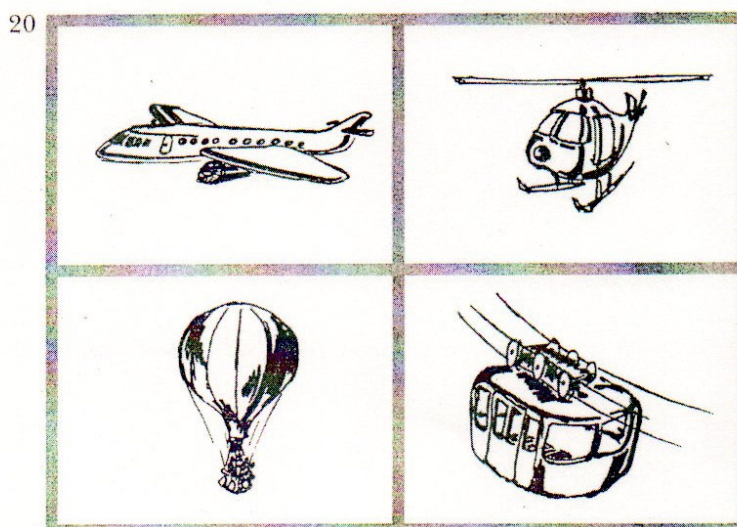
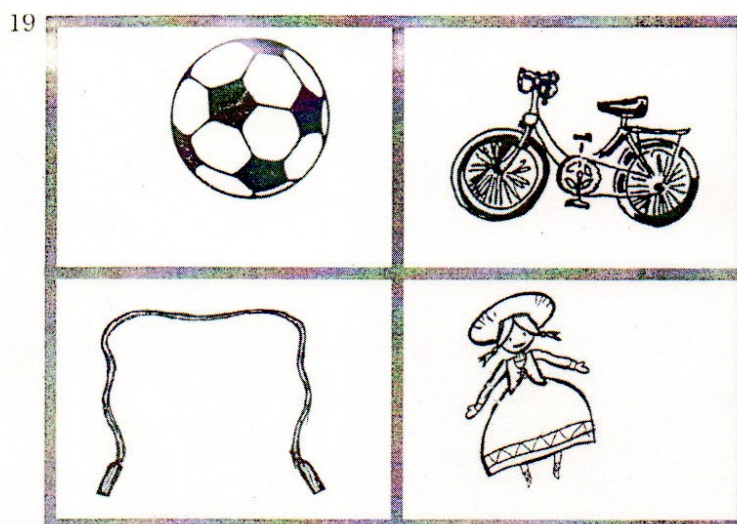


14

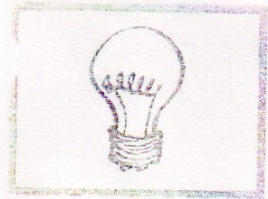
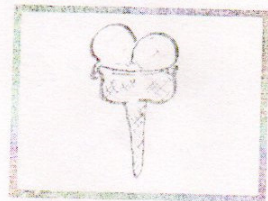
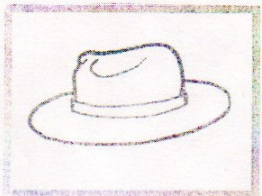
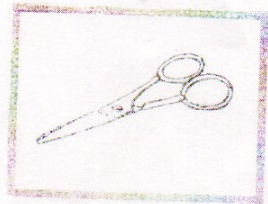
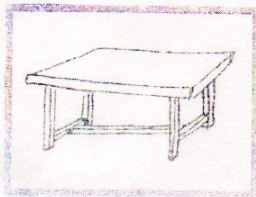








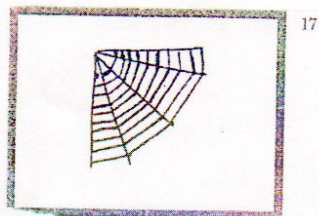
2. بطور الاختيار على مستوى الإنتاج المعجمي: (Lexique en production)



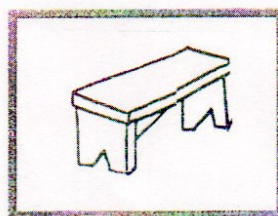
10

12

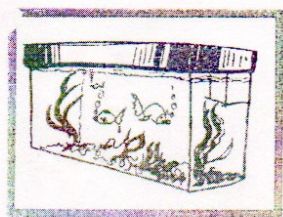
14



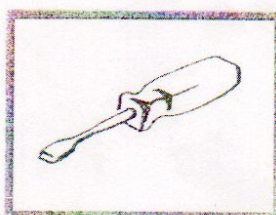
17



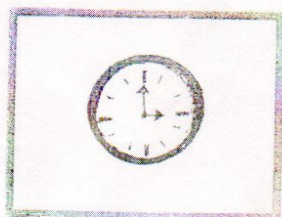
18



19



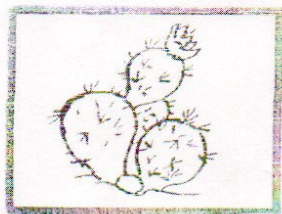
20



21



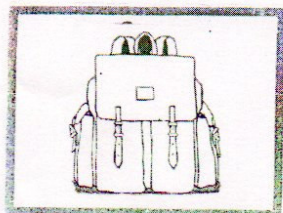
22



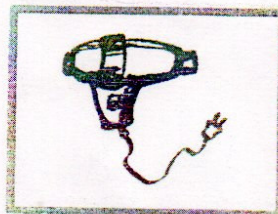
23



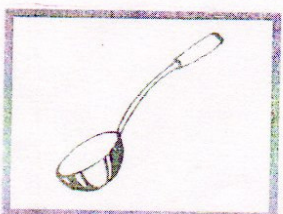
24



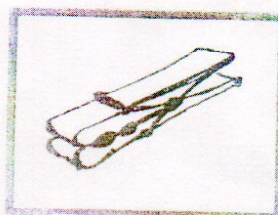
25



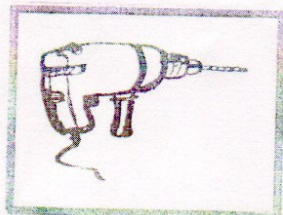
26



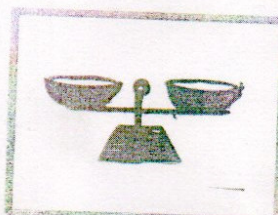
27



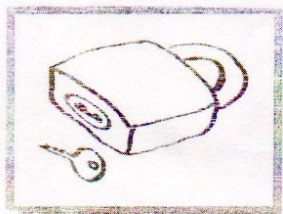
28



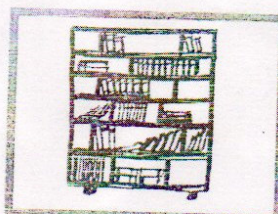
29



30



31



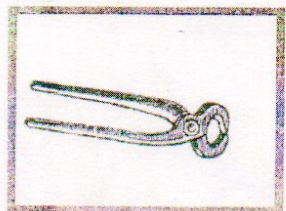
32



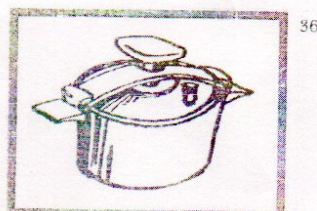
33



34



35



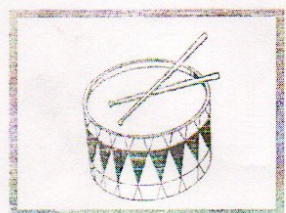
36



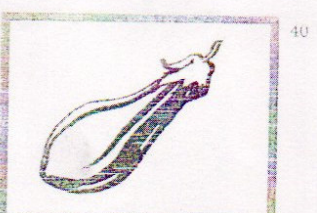
37



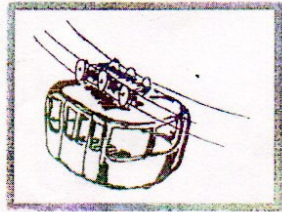
38



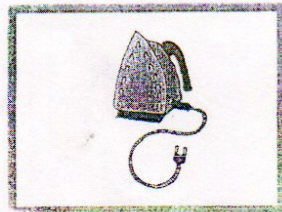
39



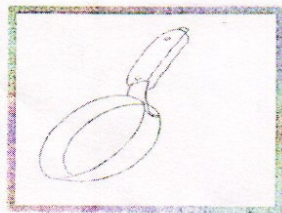
40



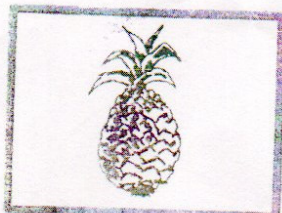
41



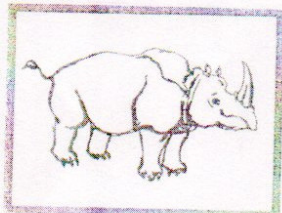
42



43



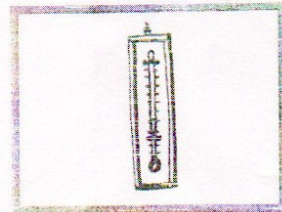
44



45



46



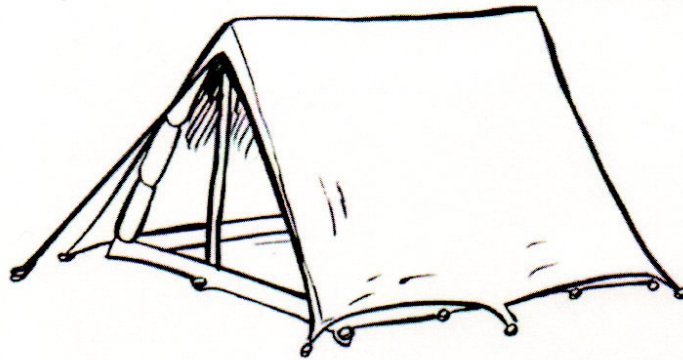
47



48

13:59

4G 85%



Waouo.com

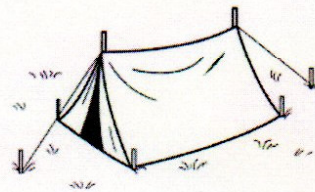
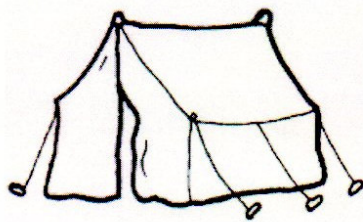
Consulter

Coloriage tente de camping à imprimer et colorier

Les images peuvent être soumises à des droits d'auteur. **En savoir plus**

→ Afficher toutes les images pour tente

Images similaires



Coloriage tente - Coloriages Grat...
www.educol.net

Coloriage Tente de Camping faci...

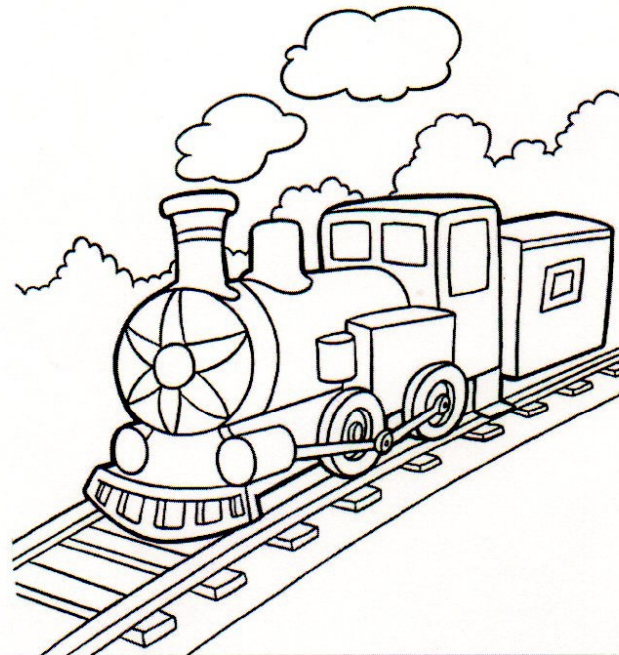
Discover

Rechercher

Collections

14:03

4G 84%



 Pinterest

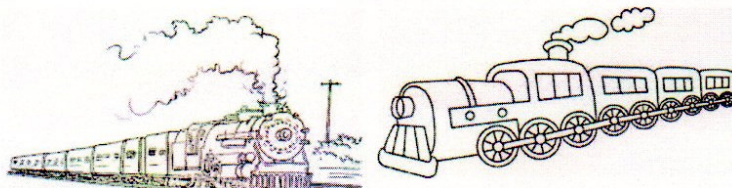
Consulter

13 idées de Trains | coloriage train, dessin train, coloriage

Les images peuvent être soumises à des droits d'auteur. [En savoir plus](#)

[→ Afficher toutes les images pour trains](#)

Images similaires




Discover


Rechercher


Collections



1



2



3



4



5



6



7




8

14:00

4G 84%



 Pinterest

Consulter

Coloriage sauter à la corde.
Images pour l'écoles et...

Les images peuvent être soumises à des droits d'auteur. En savoir plus

Images similaires


Discover


Rechercher


Collections





Turbulus

Consulter

Coloriage à imprimer, un enfant fatigué - Turbulus, jeux pour...

Les images peuvent être soumises à des droits d'auteur. En

Discover

Rechercher

Collections

0:U, B - 23 - 09, 22

2. إنتاج المعجمي: (Lexique en production)

(2) و شنو هذا؟

+	26. ميشوار
+	27. عراف
-	28. مساك لحوايج
-	29. متقاب
-	30. طابلة لحديد (لحدادة)
-	31. كادنة
-	32. بيبليوتيك 8 سنوات و 3 اشهر
-	33. قفص
-	34. عقرب
-	35. كلاب
+	36. قرة
+	37. لابريس
+	38. يواطة الملح
-	39. طبل
-	40. باننجل
-	41. تلفريك
+	42. مكواة
+	43. مقلي
-	44. أناناس
+	45. وحيد القرن
-	46. ناموسة
-	47. تير مومتر
-	48. بيغاه
-	49. خيمة
-	50. قبطارة 10 سنوات و 3 اشهر

+	1. قنينة
+	2. قط
-	3. طابلة مايدة
-	4. مقص
+	5. شابو
+	6. لكريم
-	7. برابروي
-	8. لمية
-	9. فراشة
-	10. شمعة
-	11. طيارة
+	12. مرش
+	13. دو نتفريس لصفحة جومادة
-	14. جمل
-	15. جوميل
+	16. صنارة - رمي - خط
-	17. أر تيلة
-	18. طابوري
-	19. أكار يوم
-	20. تور نفيس 5 سنوات و 3 اشهر
-	21. ساعة
-	22. بيلانو
+	23. الصبار
+	24. بصلة
-	25. ساكادو

1. الإستقبال المعجمي: (Lexique en réception)

(1) و ريلي التصويرة ألي نقولك عليها.

-	1. كسكيطة - الشابو - شاشية - التاج - سنوات و اشهر
-	2. طيارة - طومويل - كاميون - كار (بيس)
-	3. قط - كلب - قنينة - دجاجة
+	4. بنانة - تفاحة - انجاص - لعنب
-	5. البقرة - لورس - حصان - خروف
-	6. متقاب (الة ناقيه) - مانسو - تور نو فيس - لمبوط
-	7. طاص - طيسي - قرة - عكاس
+	8. كرسي - مطرح - طابوري - فوتاي
-	9. صندالة - ليقو - صباط - لمبوط
-	10. زمار - دريو - كة بيانو - قيطارة
-	11. قاتليرة - كار طابل - صالك - قفة
+	12. تريكو - قفحة - حبيبة - سروال
+	13. مازطو - منشار - تر نفيس - حباله
+	14. عين - بينوار - حمام - لافايو
-	15. قرون - كرنب - قرة - بصل
+	16. بالين - قرش - سربين - دلقين
+	17. كرسي - دروج - سلوم - طابوري
+	18. أبراي - فوتو - خواطر - حمير - جوميل
-	19. بالون - فيلو - كوردة - بيوية
-	20. طيارة - البيكو - بثير - حبر - اشيت - تلفريك

نقطة ب (+) (في الخانات الموجودة في اليسار)،
عندما تكون الصورة المختارة الصورة الصحيحة.
ضع دائرة على الاجابة
عندما تكون مختلفة.

واش ادير؟

+	6. راهو بقا
-	7. راهو يوق
-	8. راهو (راهو) نمشط التيمر
-	9. راهو بقق على الكوردة
-	راهو يلعب بالكوردة
-	10. راهو يعس 8 سنوات و 3 اشهر

+	1. راهو راقد 5 ساعات و 3 اشهر
+	2. راهو بيكي
-	3. راهو يشرب
-	4. راهو ياكل
+	5. راهو ينسل راهو يدوش

الإستقبال المعجمي: (LexR)

: (QQC)
الإنتاج المعجمي (Lexp):
: (QQF)

نقط ب "+" (في الخانات الموجودة في اليسار)،
عندما تكون الإجابة صحيحة، و تتسخيها
عندما تكون مختلفة.

Résumé

Le terme « autiste » est un vaste sujet, et au même temps largement répandu, et souvent utilisé sur des expressions courantes pour qualifier une personne replier sur elle-même ou isolée socialement.

Notre étude a été réalisé auprès des enfants porteur de trouble du spectre de l'autisme avec déficit intellectuelle, qui présentant des difficultés d'expression et de compréhension lexical. Nous avons adopté la méthode étude de cas car elle est la plus approprier à notre sujet.

Cette recherche a été réalisée à l'établissement psycho pédagogique des enfants inadapté mentaux de TIMEZRIT.

Notre recherche s'est proposé d'évaluer quatre enfants âgés de 9 à 15 ans. On a utilisé l'épreuve de vocabulaire du test ELO, qui comporte des taches de désignation pour évaluer la compréhension et des taches de dénomination pour évaluer la production orale.

Les résultats de ce travail nous ont permis de mettre en lumière d'incontestables progrès, sans perdre de vue que ces enfants présentent une verbalisation et une compréhension troublé.

Summary:

The term "autistic" is a broad topic, yet widely used, and often used over common expressions to describe a person withdrawn or socially isolated.

Our study was carried out with children with autism spectrum disorder with intellectual disability, who presented with difficulties of expression and lexical comprehension. We have adapted the study case method d because it is the most appropriate to our subject.

This research was evolved at the psycho-pedagogical establishment of the maladjusted children coat of TIMEZRIT.

Our research proposed to evaluate four children aged 9 to 15 years. The vocabulary task of the ELO test was used, which includes naming tasks to assess comprehension and naming tasks to assess oral production.

The results of this work have allowed us to highlight undeniable progress, without losing sight of the fact that these children present a verbalization and a troubled comprehension.