



Université A/Mira de Bejaia
Faculté des Sciences Humaines Sociales
Département des sciences sociales

Mémoire de fin de cycle

En vue de l'obtention d'un diplôme de master

Option : **orthophonie**

Spécialité: Pathologie du langage et de la communication

Thème

**L'efficacité du programme thérapeutique orthophonique
pour le Développement la Production du Langue et
compréhension verbale chez les enfants autistes**

Réalisé par :

Mlle Zaidi Wissam

M^{lle} Zidat Katia

Encadré par :

Dr: BENGUESMIA Farid

Année Universitaire: 2019/2020

Remerciements

C'est grâce à DIEU qui nous a donné le courage et la patience que ce travail a été accompli.

Tout d'abord nous voudrions remercier très sincèrement notre encadreur Dr.Bengasmia.F de nous a orientées et encouragées durant la période de notre étude ainsi pour sa patience et sa confiance.

On le remercie aussi pour tous ses conseils et ses compétences si précieuses qu'il nous a attribué pendant notre recherche.

On tient à remercier également tous les nombres du primaire 24 Février. Nacer.

On tient également à exprimer notre gratitude à la directrice de cette école qui nous a bien accueilli et aider à être au sein de son établissement.

A toutes personnes ayant contribué de près ou de loin à la réalisation de ce modeste travail.

Dédicaces

Avec un énorme plaisir, un cœur ouvert et une immense joie que je dédie ce modeste travail.

À mon père **LOUCIF** :

Aucune dédicace ne saurait exprimer l'amour, l'estime, le dévouement et le respect que j'ai toujours eu pour toi. Ce travail est le fruit des sacrifices que tu as consentis pour mon éducation et ma formation .J'espère qu'il apprécie cet humble geste comme preuve de reconnaissance. Puisse Dieu, le tout puissant, te préserve et t'accorde santé, une longue vie et bonheur.

À ma mère **NADIA** :

La 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 :

À mes chères sœurs : **KATIA, KAHINA, AMANDA** :

Pour leurs encouragements permanents, et leur soutien moral, je leur souhaite un avenir plein de joie, de bonheur et de réussite.

À ma chère cousine : **KAMY** qui ma servie de guide et qui ma donner toute sources d'informations.

À mes tantes **LILA, AICHA** à mes neveux **ABD RAHMAN, OMAR**.

À toutes ma famille : la famille « **Zaidi** » et la famille « **BOUABIDA** »

À mes copines : **HANNANE, KENZA, SALSABIL, ASSIA**.

À Ma binôme **KATIA** qui a partagé avec moi les moments difficiles de ce travail et à ses parents également pour leur aide et leur soutien constant.

À mes collègues de promotion (*Master2 : Pathologie du langage et de la communication 2019/2020*).

À tous ceux que je porte dans mon cœur et que j'ai eu l'honneur de connaître.

Wissam

Dédicaces

Avec ma profonde gratitude et grand amour, je dédie ce modeste travail à :
Ma très cher petite famille qui ont consacré leur vie pour bâtir la mienne, dont je
le serais éternellement reconnaissante.

Une dédicace exceptionnelle pour ma mère qui était avec moi dans chaque
instant, même pour tes sacrifices et l'amour que vous m'avez donnés ;

Mes frères : **BILAL, YANIS**, j'ai vraiment la chance de vous avoir, et de vous
trouver à mes côtés.

A ma cher grand-mère, que j'aime trop que dieu te garde à nous.

Un grand dédicace pour la plus adorable des amies et Ma binôme **WISSAM**.

Mes amies de près ou de loin pour leur soutien.

Ma famille : **ZIDAT**

Katia

Tables de matières :

La liste des abréviations

Introduction-----	06
Problématique-----	07
L'hypothèse de la recherche -----	09

Partie théorique

Chapitre 1 : l'autisme

Préambule -----	11
1- Historique-----	12
2- Définition de l'autisme -----	12
2.1. Selon le dictionnaire d'orthophonie. -----	13
2.2. Selon la CIM-10 -----	13
2.3 Selon le DSM-5. -----	13
2.4. Une définition opérationnelle de l'autisme. -----	14
3- les facteurs de risque de l'autisme -----	15
3.1. Les facteurs génétiques. -----	15
3.2. Les facteurs environnementaux. -----	15
4- les signes précoces de l'autisme. -----	16
5- les troubles associées à l'autisme -----	17
5.1. Les troubles du langage et de la communication. -----	17
5.2. Les altérations des interactions sociales. -----	18
5.3. Troubles du comportement. -----	19
5.4. Autres troubles -----	20
6- pathologie associées -----	21
6.1. Déficience intellectuel -----	22
6.2. Épilepsie. -----	23
7- les formes d'autisme -----	24
7.1. Les autistes atteints de syndrome d'asperger -----	25
7.2. Autiste de haut niveau-----	26
7.3. Le syndrome d'asperger -----	27
7.4. Trouble désintégréatif de l'enfance-----	28
7.5. Trouble envahissant du développement non spécifié-----	29
8- différents outils de dépistage disponibles -----	30

9- diagnostic différentiel -----	32
9.1. Avant l'âge de 3 ans -----	33
9.2. Après l'âge de 3 ans. -----	34
10- la prise en charge -----	35
10.1. Les prises en charge thérapeutiques -----	36
10.2. Les prises en charge rééducatives -----	37
10.3. Les prises en charge éducatives -----	37
Synthèse -----	37

Chapitre 2 : la production et la compréhension du langage.

Préambule -----	39
1- Définition du langage -----	40
2- Les fonctions du langage -----	41
3- Les théories d'acquisition du langage -----	42
3.1. La théorie constructiviste -----	43
3.2. La théorie interactionniste et pragmatique -----	43
3.3. La théorie innéiste -----	44
4- les étapes d'acquisition du langage -----	44
4- Autisme et acquisition du langage -----	45
5- La production et la compréhension du langage -----	46
6- Langage et autiste -----	47
7- La communication. -----	48
Synthèse -----	49

Chapitre 3 : la prise en charge orthophonique chez les enfants autistes.

Préambule -----	50
1- Définition de la prise e charge orthophonique -----	50
2- Les objectifs de la prise en charge orthophonique -----	51
3- Les étapes de la prise en charge orthophonique. -----	51
4- La prise en charge orthophonique chez les enfants autistes -----	51
4.1. La prise en charge des troubles langagières dans l'autisme -----	52
4.2. Les méthodes de communication alternatives et argumentée -----	52
4.2.1. Le MAKATON -----	52
4.2.2. La méthode PECS -----	53
4.2.3. La méthode TEACCH -----	53
4.2.4. La méthode ABA -----	54

Synthèse ----- 55

Conclusion----- 56

Liste bibliographique

Résumé en français

Résumé en anglais

La liste des abréviations :

ABA : Applied Behavioral Analysis.

CAA : communication augmenté et alternative.

CHAT : Checklist For Autisme in Toddlers.

CIM-10 : Classification International des Maladies.

DSM-5 : le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux.

L'ESAT :Early Screener For Autistic Traits.

LSA : Langue des Signes Arabe et Américaine.

LSF : Langue des Signes Française.

M-CHAT : Modified Checklist For Autisme in Toddlers.

MECP2 : Methyl CPG Binding Protein2.

OMS : Organisation Mondiale de la Santé.

PDDST2 : PervasiveDevelopmentalDisorders Test.

PECS : Picture Exchange Communication System.

PEI : Projet d'Education Individuel.

Q-CHAT : Quantitative Checklist For Autisme in Toddlers.

QI : Quotient Intellectuel.

SSRI : SelectiveSerotoninReuptakeInhibitors.

TCC : les Thérapies Cognitivo-Comportementale.

TEACCH :Treatment and Education of Autistic and Communication Handicaped Children ou traitement et éducation des enfants autistes et souffrant de handicaps apparentés de la communication.

TED : La Thérapie d'Echange et de Développement.

TED : Trouble Envahissant Du Développement.

TSA : Trouble De Spectre Autistique.

VPP : Valeur Prédictive Positive.

Introduction

Introduction :

L'autisme est un trouble développementale apparaissant dans la petite enfance (le plus souvent avant trois ans) et impliquant principalement trois domaines composant la triade autistique : les interactions sociales, la communication verbale et non verbale et les intérêts restreints et répétitifs.

Les personnes touchées présentent également des anomalies dans les processus de perception et d'attention et leur développement moteur. Les premiers signes de l'autisme apparaissent généralement avant l'âge de 3 ans. Ses signes se caractérisent par des troubles de la communication, des difficultés de langage et de décodage, de l'écholalie, des comportements bizarres et stéréotypés.

Le diagnostic doit être effectué par des médecins qualifiés, psychologues, psychothérapeutes et/ ou d'autres experts.

On ce qui concerne le langage, il y a des enfants autistes qui parlent, et même très bien, et d'autres qui peuvent avoir des difficultés à communiquer. Si certains n'accèdent jamais au langage oral, pour d'autres l'acquisition du langage peut se faire très tôt ou encore avec retard et des difficultés peuvent persister.

Chaque enfant avec un trouble du spectre autistique est différent face à la communication. Il peut ne pas savoir parler. Il peut avoir le langage oral, mais ne pas s'en servir pour communiquer avec les autres, il peut savoir parler et communiquer, mais pas toujours d'une manière appropriée.

Bien qu'il existe différents types d'autisme, néanmoins les professionnels des domaines s'intéressent à la capacité physique et morale de l'enfant, chaque enfant autiste reçoit une prise en charge qui varie selon le niveau social et éducatif, il faut ajouter que la prise en charge précoce par les spécialistes (neuropsychiatre, orthophoniste, pédopsychiatre) représente un facteur très important pour garantir une prise en charge réussie et une amélioration assurée.

La première partie de notre mémoire est consacrée pour le côté théorique, ou on a traité trois chapitres.

Dont le premier concernant l'autisme, on a essayé de donner des définitions, ses signes d'alerte, les facteurs de risques ainsi que les différents types d'autisme et sa prise en charge.

Dans le deuxième chapitre, on a abordé la compréhension et la production du langage chez l'enfant autiste. On a donné une définition du langage, ses fonctions ainsi que les théories expliquant l'acquisition du langage et ses étapes ainsi de suite.

Dans le troisième chapitre, on a abordé la prise en charge orthophonique chez les enfants autistes : on a essayé d'aborder une petite définition, ses objectifs, les étapes à suivre lors d'une prise en charge, ainsi que les différentes méthodes éducatives adaptées à l'enfant autiste.

Problématique :

L'autisme est défini comme « un trouble envahissant du développement (TED), caractérisé par un développement anormal ou déficient, manifesté avant l'âge de trois ans avec une perturbation caractéristique du fonctionnement dans chacun des trois domaines suivants :

- Les interactions sociales réciproques.
- La communication.
- Les comportements au caractère restreint et répétitif. (Roger. Sophie, 2014, P. 2).

En ce qui concerne les hypothèses étiologiques, elles sont encore nombreuses et rien n'est ancré. Toutefois, au vu de l'hétérogénéité des troubles et de leur expression clinique, une hypothèse étiologique multifonctionnelle serait la plus probante. Il est donc établi grâce aux études effectuées dans les dernières décennies, que deux grands types de facteurs interviennent dans l'apparition de ce syndrome : les facteurs environnementaux et génétiques. (Sophie. Bordenave, 2018, P. 10).

Dans les années soixante-dix, on évaluait l'incidence de l'autisme à 4 ou 5 cas sur 10 000 personnes. Mais ce chiffre ne tenait pas compte de l'ensemble des troubles envahissants du développement du type autistique. La prévalence des TED est évaluée, au milieu des années quatre-vingt-dix à environ 20 cas sur 10 000 personnes. Au début des années deux mille, Chokrabarti, Frombome(2005) en évalué la prévalence globale des TED a 62-63 cas sur 10 000 personnes dont 16,8 cas d'autisme à proprement parler sur 10 000 personnes et 45,8/ 10 000 pour les autres TED. Il Ya aussi une prévalence sexuelle ; sur 5 cas d'autisme, il y a 4 garçons atteints pour une fille, mais les

filles semblent présenter des cas plus sévères que les garçons. (Nadège. Foudon, 2008, P. 11).

En Algérie, il n'y a pas de données précises mais environ 39 000 autistes ont été recensés selon le ministre de la solidarité national.

On ignore la prévalence de ces troubles dans beaucoup de pays à revenu faible ou intermédiaire mais il semblerait que la prévalence des troubles de spectres autistique augmente à l'échelle mondiale. Organisation Mondiale de la Santé. Troubles du spectre autistique, Avril 2017. Disponible sur : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/autism-spectrumdisorders/fr/>.

Le développement de la communication et du langage dépend d'une part des compétences (cognitives, relationnelles et motrices) intrinsèques de l'enfant mais aussi de l'apport de l'environnement. Le milieu va influencer le développement des compétences langagières et communicatives de l'enfant.

L'autisme est considéré comme un trouble altérant les interactions sociales et la communication. L'acquisition du langage, et des capacités de communication verbale et non verbale sont retardées. De plus, on observe aussi une évolution typique dans le développement de la communication et des aptitudes langagières. On constate un déficit de l'utilisation gestuelle et du langage dans leur dimension pragmatique (contexte sociale).

Mais il existe une variabilité des profils : certains enfants ne développeront aucun langage (10% d'adulte atteint d'autisme n'ont pas de langage), d'autres acquerront un langage, mais dans l'utilisation sera atypique, l'utilisation des compétences langagières est liée au niveau intellectuel. Malgré la variabilité des profils on peut affirmer que la communication est toujours troublée dans les troubles du spectre autistique. (Roger. Sophie, 2014, P. 14).

Lorsque l'autisme est diagnostiqué, la prise en charge orthophonique d'un enfant autiste va se déférer d'un enfant à l'autre mais aussi en fonction de l'âge et de sa gravité, du type d'autisme.

Cette prise en charge doit se faire précocement en raison d'améliorer ses compétences langagières et ses attitudes quotidiennes mais plus spécifiquement sa qualité de vie.

Pour que la prise en charge donne ses fruits, une collaboration avec les parents est nécessaire, elle doit garantir un apprentissage ciblé pour chaque enfant autiste, et lui permettre d'apprendre les règles et les normes de base. Pour cette raison plusieurs méthodes éducatives sont utilisées pour prendre en charge l'enfant autiste.

Une étude a été effectuée par Marie Leroy, Caroline Masson en 2010 sur le dysfonctionnement du langage chez un enfant autiste dans les analyses s'étendent dès 8 mois de l'enfant jusqu'à ses 19 mois. Le corpus, issu de films familiaux enregistrés par les parents, a été recueilli par le médecin psychiatre qui suit l'enfant. Il s'agit donc de situations naturelles, non standardisées et de formats variés (bain, jeux, repas, échange entre adulte /enfant).

L'enfant autiste observé est l'aîné d'une fratrie de 2 enfants et a été diagnostiqué comme autiste à 3.07. Les parents ne rapportent pas de problème dans le développement de leur enfant la première année et situent leurs premières inquiétudes vers 20 mois en raison d'une absence de langage et d'un comportement stéréotypé. L'enfant à aujourd'hui 10 ans et malgré des progrès cognitifs importants, dans l'acquisition d'apprentissage complexe tel que l'écriture, le langage spontané n'a pas émergé et l'enfant reste très écholalique. Les analyses ont été menées de façon quantitative et qualitative afin d'étudier les particularités de certaines conduites et de capacités inattendues

chez cette enfant (mais attendu chez un enfant tout-venant) tel que les productions vocale ou la communication gestuelle. Un travail de transcription de ces conduites a été réalisé, aussi bien du côté de l'enfant que l'adulte, ainsi que des analyses prosodiques des productions vocales à l'aide du logiciel Praat.

L'étude est également transversal jusqu'elle suit le développement de l'enfant autiste en comparaison avec celui d'enfant tout-venant qui constitue le groupe témoins. Il s'agit aussi de corpus longitudinal, en situation naturel (au domicile, avec l'entourage familiale) issue de recherches sur la mise en place et le développement de l'intonation et de la mimogestualité chez l'enfant ainsi que sur l'émergence de la grammaire.

Enfin, tant que l'enfant autiste et les enfants tout-venant présentent des compétences en communication semblable, en comparant les séquences en tenant compte de la concordance des âges. Lorsque l'écart se creuse entre les enfants, il faut alors raisonner en termes de capacités. (Masson. C, Leroy.M, 2010, P.4).

Ce qui nous laisse demander :

Est-ce-que les programmes thérapeutiques orthophoniques sont efficaces dans le développement de la production du langage et de la compréhension verbale chez l'enfant autiste.

L'hypothèse :

l'efficacité du programme thérapeutique orthophonique dans le développement de la production du langage et la compréhension verbal chez les enfants autistes.

(Malheureusement, en raison de stagnation de notre stage pratique qui s'est limité juste en 2 séances qui ne permet pas scientifiquement de confirmer ou infirmer notre hypothèse)

Partie théorique

Chapitre 01

L'AUTISME

Préambule :

L'autisme est un trouble précoce et grave qui touche le développement dans tous ses axes essentiels, mais de façon inégale. Il entraîne un déficit permanent des fonctions cognitives, linguistiques et psycho relationnelles.

Il s'agit d'un syndrome hétérogène, et non d'une maladie, les signes peuvent et doivent, en être décelés précocement pour mettre en place aussitôt les soutiens adaptés.

1. Historique :

L'une des premières descriptions de l'autisme connus est celle de Victor, l'enfant sauvage de l'Aveyron, relatée par le médecin français Jean Itard. Victor était un enfant qui avait été retrouvé après avoir vécu dans les bois pendant quelque temps. Après avoir réintégrer la communauté humaine, un grand nombre de médecin se sont penchés sur son cas qui n'a eu de cesse de fasciner l'opinion. Un diagnostic qui avait été posé par les autorités médicales était que l'enfant n'était pas sauvage, mais que tous simplement il présentait un retard mentale profond. Itard émit l'hypothèse que son retard provenait d'une privation sociale sévère et que l'éducation et l'entraînement pourraient l'aider à combler ces carences et à retrouver des comportements adaptés.il faudra attendre une certaine d'années, après Itard, pour voir apparaitre le terme <<autisme>>en 1911 avec les travaux d'Eugène Bleuler qui l'a utiliser pour désigner une catégorie de troubles de la pensée observer chez des personnes schizophrènes comme la perte de contact avec la réalité, le rétrécissement des relations avec l'environnement, ainsi que l'exclusion de toute vie sociale par un mécanisme de repli en soi.(Jeauncottraux, vincariviere, et al,2006,p.15 ,16).

Il est important de restituer le contexte dans laquelle le terme (d'autisme) a été choisi et utiliser par Léo Kenner, puisque des confusions ont pu naitre du choix de ses appellations. Ainsi, le terme d'autisme est choisi par Kenner en 1943pour désigner, chez un certain nombre de cas d'enfants rencontré depuis 1938.il part de la clinique et écrit un article, à partir de la description de onze enfants, huitgarçons et trois filles, de moins de 11ans. Il est frappé par la distance émotionnel que ces enfants mettent entre eux et les autres et insiste sur deux symptômeessentiel : la solitude et l'immuabilité.il est surtout impressionner par l'angoisse de ces enfants qui se traduit par des colèresviolentes. Ce ne sont pas

des arriérés, affirme Kenner, ils ont tous un visage intelligent et non plus des schizophrènes, il n'Ya pas de régression.

Il évoque la possibilité d'un handicap biologique et s'interroge seulement sur une éventuelle contribution des parents à la condition des enfants. En 1958, il nie que l'autisme puisse être considéré comme une maladie créée par l'homme et reconnaît dans les perturbations du climat familial une conséquence possible des troubles de l'enfant. Il pose l'hypothèse génétique de l'organicité qui lui semble la plus vraisemblable même si la lésion ne peut être mise en évidence. (Yves contejean, Catherine doyen, 2012, p.3).

2. Définition de l'autisme :

2.1. .définition de l'autisme selon le dictionnaire d'orthophonie :

<<trouble neurodéveloppemental affectant de façon sévère le développement, et en particulier la communication et le comportement de la personne ayant une prévalence (selon les auteurs) de 2 à 5 cas pour 10 000enfants et qui affecte quatre fois plus de garçon que de filles. >>. (Frédérique Brin, et al, 2004, P.32).

2.2. Définition de l'autisme selon la CIM10 :

La CIM10 définit l'autisme : trouble envahissant du développement caractérisé par :

- a.** Un développement anormal ou altéré, manifeste avant l'âge de trois ans.
- b.** Une perturbation caractéristique du fonctionnement dans chacun des trois domaines psychopathologique suivants : interactions sociales réciproques, communication, s'accompagne souvent de nombreuses autres manifestations non spécifiques, par exemple des phobies, des perturbations du sommeil et de

l'alimentation, des crises de colère et des gestes auto-agressifs. (www.psychomédia.qc.ca).

2.3.-Définition de l'autisme selon le DSM5 : il est caractérisé par :

a. Déficit persistant de la communication et des interactions sociales observé dans des contextes variés .ceux-ci peuvent se manifester par les éléments suivants, soit au cours de la période actuelle, soit dans les antécédents.

b. déficits de la réciprocité sociale ou émotionnel allant, parexemple, d'anomalie de l'approche sociale et d'une incapacité a la conversation bidirectionnelle normale, a des difficulté à partager les intérêts, les émotions et les affects, jusqu'à une incapacité d'initier des interactions sociale ou d'y répondre.

c. Déficients des comportements de communication non verbaux, utilisé au cours des interactions sociales allant, par exemple , d'une intégration défectueuse entre la communication verbale et non verbale, a des anomalies du contact visuel, et du langage du corps, a des déficit dans la compréhension et l'utilisation des gestes jusqu'à une absence totale d'expression faciales et de communication non verbale.

d. Déficit du développement, du maintien, et de la compréhension des relations, allant, par exemple, de difficulté à ajuster le comportement a des contextes sociaux variés, a des difficulté à partager des jeux imaginatifs ou à se faire des amis, jusqu'à l'absence d'intérêt pour les pairs.(Marc-Antoine Crocq et Julien Daniel Guelfi, 2015, P.55, 56).

2.4. Définition opérationnel de l'autisme :

L'autisme se définit comme un trouble neuro-développementale qui apparait généralement avant l'âge de 3ans .l'enfant autiste présente plusieurs caractères pour le qualifier de ce trouble qui se manifeste par une absence des interactions

sociales, de la communication, et des comportements stéréotypés, par exemple l'enfant autiste a un détachement de sa réalité extérieure qui est accompagné par un repliement sur soi-même.

3. Les facteurs de risque de l'autisme :

3.1. Les facteurs génétiques : les recherches génétiques ont été suggérées par Kenner lui-même puisque en 1954 il pose la question de l'existence d'un trouble constitutionnel ou génétique de l'autisme ayant pour conséquence un défaut de relation entre l'enfant et le monde environnant. Depuis, des études en partie confirmées un déterminisme génétique, notamment grâce aux recherches sur les jumeaux et les familles, et aux données épidémiologiques.

Les premiers arguments prouvant avec une quasi-certitude que des facteurs génétiques étaient en cause dans l'autisme ont été donnés grâce aux études épidémiologiques anglo-saxonnes dans les années 70-80, portant sur des jumeaux monozygotes (vrais jumeaux), et dizygotes (faux jumeaux). Ces études en effet ont montré que, pour les vrais jumeaux, lorsque l'un des enfants est atteint d'autisme, l'autre a un risque d'au moins 70% d'être lui aussi atteint d'autisme ou de trouble apparentés. En revanche, pour les faux jumeaux, lorsque l'un des enfants est atteint d'autisme, le risque pour l'autre d'être lui aussi atteint tombe à environ 4%.

Il existe d'autres arguments en faveur d'une atteinte génétique dans l'autisme, notamment le fait que l'autisme soit significativement associé à des pathologies chromosomiques comme le syndrome d'X fragile qui s'exprime par un retard mental, ou la phénylcétonurie (maladie métabolique également d'origine génétique).

Pour autant, si l'on est maintenant certain que des facteurs génétiques soient en cause dans l'étiologie des syndromes autistiques, les gènes en cause ne sont pas encore identifiés. (Carole Tardif, Bruno Gepner, 2003, P.59, 60).

3.2. Les facteurs environnementaux :

Dans ces vingt dernières années, les recherches sur l'autisme se sont majoritairement focalisées sur les facteurs génétiques et organiques dans le développement des troubles envahissants du développement, dont l'autisme depuis quelques années, l'attention des chercheurs s'oriente vers le rôle que jouent les facteurs environnementaux, dont les effets semblent plus importants qu'on ne le pensait antérieurement. (Pierre Philippot, et al, 2015, P.60). Les hypothèses environnementales sont multiples, en premier lieu les facteurs périnataux. La présence de taux importants de neuropeptides dans le sang du cordon semble significativement liée à un diagnostic d'autisme ou de retard mental dans l'enfance. L'exposition intra-utérine à certains médicaments, dont l'thalidomide ou le valproate, est reconnue comme tératogène et parfois associée à une symptomatologie autistique ou à un retard mental.

- L'hypothèse des infections périnatales reste d'actualité, bien que la vaccination contre la rubéole ait fortement diminué la fréquence de ce type d'infection et des symptômes autistiques secondaires. (Barthelemy, 2012, P.11).
- L'exposition prénatale à des substances de type pharmaceutique par exemple si la mère a consommé des antidépresseurs de type SSRI pendant la grossesse. L'exposition à des agents mutagènes et en particulier au mercure ; est susceptible d'entraîner le développement d'un trouble autistique chez l'enfant touché. bien que la consommation de l'alcool au cours de la grossesse soit responsable de diverses altérations du développement fœtale.

- Maladies de la mère au cours de la grossesse par exemple la grippe, la pneumonie ou la rubéole. Les agents infectieux responsables de ces maladies sont soupçonnés d'altérer le développement cérébral précoce, pouvant ainsi conduire à la manifestation d'un tableau autistique. Les maladies auto-immunes ou d'origines physiologiques contribuent également à la mise en place d'un tableau autistique chez l'enfant. Le diabète de type 1 est notamment évoqué.
- Les facteurs postnataux tels que l'exposition au mercure, les vaccins. Quelques études ont incriminé le vaccin rougeole-rubéole-oreillons mais les associations retrouvées restent faibles et ne permettent pas de le considérer comme facteur de risque. L'hyperbilirubinémie néonatale grave est responsable de sévères lésions cérébrales (encéphalopathie) et peut entraîner le décès du nourrisson atteint.

De plus, plusieurs recherches dans différents domaines ont abordé l'origine de l'autisme mais à nos jours il n'existe pas une cause bien spécifique responsable de l'autisme.

4. Les signes précoces de l'autisme :

Les signes précoces, pré-requis essentiels à la communication et au langage tels que le regard, l'attention conjointe, les contours prosodiques, le jeu symbolique font défaut à l'enfant autiste. Ces perturbations rendent donc difficile l'acquisition du langage dans sa fonction de communication. Les enfants autistes communiquent avec les autres mais en utilisant des moyens non conventionnels.

De 0 à 6 mois :

- Une impression d'étrangeté dégagée par le nourrisson : un bébé trop calme ou trop agité, semblant indifférent aux sollicitations sonores ou tactiles.

- Une communication précoce déficiente : un regard fuyant, un sourire absent ou rare, une pauvreté des expressions faciales.
- Une réactivité moindre à l'appel du prénom, et au <<coucou>>.
- Des anomalies du tonus.
- Des troubles de sommeil ou de l'alimentation.

De 6 à 12 mois :

- une absence d'intérêt pour le monde environnant.
- Une absence d'attention active et positive envers la mère ou le substitut maternel.
- Une a-réactivité au bruit.
- Une absence de la poursuite oculaire et du regard périphérique.
- Un comportement d'évitement du regard d'autrui.
- Des activités solitaires stéréotypées.
- Une difficulté d'anticipation sensori-motrice.
- Des anomalies de la communication : un protolangage pauvre, voire absent, pas de communication gestuelle, une indifférence à la séparation, pas de peur de l'étranger.

De 12 à 24 mois :

- Un langage absent ou restreint à quelque mot utilisé souvent hors contexte.
- Un retard global dans les acquisitions.
- Une absence ou une rareté du jeu avec l'incapacité de jouer à <<faire semblant>>.
- Un intérêt marqué pour l'environnement non social (objets...).
- Des stéréotypies ou autres comportements bizarres.
- Des automutilations.

- Une hypersensibilité tactile et /ou auditive. (Catherine Thibault, Marine Pitrou, 2014, P.23.24).

5. Les troubles associées à l'autisme :

5.1. Les troubles du langage et de la communication :

Ce sont des troubles constants. Ils peuvent être objectivés par un manque total de langage et aller jusqu'à un langage sans valeur de communication (suite de mots adressé à autrui). Mais ils ont des particularités que l'on retrouve de façon presque systématique.

1. **Inversion des pronoms** : L'enfant autiste a des difficultés à comprendre les mots qui changent de sens selon le contexte, c'est pour cette raison qu'il va inverser le « tu » et le « je » et qu'il se désignera donc comme « tu » alors que son interlocuteur sera « je ».
2. **Echolalie** : L'enfant va imiter la parole de l'autre. Lorsqu'il s'agit d'écholalie directe, l'enfant répète tout de suite la parole entendue, sans temps de latence, et on peut immédiatement l'identifier comme telle. L'écholalie retardée quant à elle, est beaucoup plus difficile à reconnaître puisque l'enfant répète mot pour mot ce qu'il a entendu mais plusieurs heures voire plusieurs jours après.
3. **Incapacité à utiliser ou comprendre des termes abstraits**, ou à employer des mots détournés de leur sens habituel. En effet, l'enfant autiste ne saura utiliser que le sens littéral du mot ainsi que les termes concrets. La compréhension littérale du langage est assez typique de l'autisme.
4. **Compréhension de la communication non verbale ou du langage corporel** : cette compréhension est déficiente étant donné qu'il a des difficultés à identifier ou analyser les mimiques, les gestes et les sourires. De plus, l'absence de contact oculaire est un frein au développement de cette

capacité. La compréhension de l'enfant autiste peut donc être limitée, puisqu'en ne tenant pas compte du langage corporel, l'enfant perd un certain nombre d'indications sur le sens des mots énoncés. L'intonation de la voix peut également ne pas être perçue, c'est pourquoi la réponse de la personne autiste ne sera pas toujours adaptée. Il est courant que lorsque l'on gronde un enfant, il réponde en souriant.

5.2. Les altérations des interactions sociales :

Ce qui caractérise l'enfant autiste est principalement l'absence de tentative d'interaction. Bébés, ils ne tendent pas les bras pour qu'on les porte, ils ne pleurent pas quand on les laisse seuls, ils ne font pas les gestes tels que « au revoir », et n'utilisent pas le pointage : l'enfant ne paraît pas avoir besoin de l'autre (de sa mère). Petit à petit, on remarque que ses comportements non verbaux sont absents ou mal utilisés, que son regard est déviant, que ses mimiques sont appauvries.

5.3. Les troubles du comportement :

Les troubles du comportement sont souvent la conséquence d'une frustration de l'enfant de ne pas avoir été compris, ou de ne pas avoir lui-même compris. Ils sont donc la conséquence directe de trouble de la communication ou de l'interaction sociale.

5.4. Autres troubles :

- Troubles de la motricité.
- Troubles sensoriels.
- Troubles du sommeil.
- Troubles de l'alimentation

6. Pathologies associées :

6.1. Déficience intellectuelle

Plus de deux tiers des personnes autistes présentent une déficience mentale avec un retard intellectuel (léger, moyen ou sévère). Mais d'après une étude récente (René Pry et Al., 2005), le lien entre autisme et retard mental est soumis à des changements. En effet, il a été constaté qu'il pouvait y avoir une régression développementale mais aussi une amélioration importante 3 ans après la pose du diagnostic. Cette étude ne concerne cependant que des enfants de 5 à 8 ans, et n'est pas à généraliser. Elle présage cependant du caractère évolutif du retard mental.

6.2. Epilepsie :

Actuellement, on estime la prévalence de l'épilepsie chez la personne autiste à hauteur de 25%, mais elle varie considérablement en fonction du type de TED. Le risque d'apparition d'épilepsie est plus élevé chez la femme autiste. On constate que ces crises commencent dans l'enfance mais peuvent se poursuivre plus tard. Le retard mental est considéré comme étant un facteur de risque d'épilepsie, mais la relation entre autisme et épilepsie reste très complexe. De plus, certains relèvent le fait que l'autisme et l'épilepsie pourraient partager des causes génétiques et neurodéveloppementales (C. Amiet et Al., 2010). Tout comme chez le sujet ne présentant pas de troubles du spectre autistique, on ne peut prédire si l'épilepsie va perdurer ou si elle va se « guérir » au cours de l'adolescence.(Cynthia Veratti, 2013,P.17.18).

7. Les formes d'autisme :

Il existent différents niveaux d'autisme :

7.1. Les autistes atteints du syndrome d'asperger : au contraire de l'autisme le syndrome d'asperger se caractérise par une absence de retard développementale dans le domaine du langage ou des capacités d'autonomie. Les étapes de la station assise et debout sont en générale atteint aux Age standards, et les déficits de la motricité grossière (retard pour le vélo et les jeux de ballon, macrographie), qui sont assez fréquent dans l'asperger, ne se repère souvent que plus tard. (Laurent Mottron, 2004, P.71).le syndrome d'asperger se caractérise par deux point spécifiques :

- Une absence de retard du langage.
- Un développement intellectuel normal.

Ces patients peuvent être maladroit et avoir des talents spéciaux concernant des thèmes inhabituels (dates, chiffres, carte routières). Si leur vocabulaire est normale, et parfois même peu commun, leur façon de converse est bizarre avec un manque de réciprocité.

En conséquence, le diagnostic de syndrome d'asperger n'est généralement pas fait avant la quatrième année, et le plus souvent vers 5-6 ans. On doit bien retenir que l'autisme de haut niveau subit une amélioration vers la quatrième année tandis que le syndrome d'asperger ne devient visible qu'à cette période.

7.2. Les autistes de haut niveau : présentent les caractéristiques autistiques mais n'ont pas de retard mental associé. Seul le développement tardive du langage les différencie des asperger. L'isolement de l'autiste de haut niveau est aussi émouvant parce que celui-ci est incapable de comprendre les états d'esprit. On dirait que la pensée des autres n'existe pas, il est incapable de reconforter quelqu'un qui souffre et a lui-même du mal à se consoler. (Jean-Charles Juhel, Guy Herault, 2003, P.153).

7.3. Le syndrome de rett : est une affection à début pédiatrique, qui touche presque exclusivement les filles. Le développement est habituellement normal durant les premier mois. Après un intervalle libre de 6 à 18 mois, on note une régression progressive des acquisitions qui s'accompagne d'une perte de l'utilisation des mains dans un but utilitaire alors qu'apparaissent des mouvements de friction, de torsion et des gestes stéréotypés. La croissance du périmètre crânien se ralentit. Dans la majorité des cas, le syndrome de rett touche qu'une seule fille dans une famille, il est dû le plus souvent à des mutations du gène MECP2. Les mutations de gène ont été observées dans des rares cas chez les garçons présentant une encéphalopathie extrêmement grave à début néonatal. (Andrew Read, Dian Donnai, Yves Sznajder, 2008, P.202). Les recherches récentes sur le syndrome de rett ont ajouté de nombreuses catégories dans la grande liste des conditions nécessaires dans les différents diagnostics des troubles développementaux, il est plus difficile dans le jeune âge. Un grand nombre de jeunes enfants sont orientés vers des médecins ou bien des cliniques psychiatriques dans la tentative d'un diagnostic du syndrome de rett. (Bengt Hagberg, Maria Anvret, Jan Wahlstrom, 1993, P.40).

7.4. Le trouble désintégratif de l'enfance

Le trouble désintégratif de l'enfance est une maladie qui survient chez les enfants de 3 et 4 ans qui se sont développés normalement jusqu'à l'âge de 2 ans. Pendant plusieurs mois, un enfant atteint de ce trouble se détériore intellectuellement, socialement et linguistiquement.

Le trouble désintégratif de l'enfance se développe chez les enfants qui semblaient auparavant parfaitement normaux. Typiquement, la langue, l'intérêt pour l'environnement social, et souvent les aptitudes à la propreté et aux soins personnels sont perdues, et il peut y avoir une perte générale d'intérêt pour l'environnement.

Un enfant atteint montre une perte de capacités de communication, une régression dans les comportements non verbaux et une perte significative des compétences acquises précédemment. La condition est très similaire à l'autisme classique.

7.5. Trouble envahissant du développement, non spécifié (TED-NS)

Trouble envahissant du développement, non spécifié (PDD-NOS) est un trouble du développement neurologique, se produit dans 10 à 12 sur 10 000 enfants.

Les TED-NS se présentent de la même façon que les enfants atteints de TSA, mais auront un degré de déficience moins grave. Ces enfants sont plus susceptibles d'être verbaux et ont un certain degré de communication verbale ou non verbale efficace, mais ils doivent avoir les traits autistiques et une déficience grave dans l'interaction sociale, la communication, ou le comportement stéréotypique répétitif.

Le terme TED-NS est réservé aux enfants atteints d'une déficience grave et qui ne sont pas pleinement admissibles à un autre diagnostic autistique, en raison de l'âge d'apparition ou de la combinaison de caractéristiques autistiques. (Kinnane. D.A, 2018, P.27).

8. Les différents outils de dépistage disponibles :

Selon l'OMS, pour être valide, un test de dépistage doit satisfaire certains critères. On jugera de sa Qualité par les valeurs suivantes :

- Sa sensibilité : l'efficacité d'un test pour détecter un problème de santé chez les personnes qui en sont atteintes.
- sa spécificité : la mesure dans laquelle un test donne des résultats négatifs chez des sujets exempts de la maladie.

- sa valeur prédictive positive : la mesure dans laquelle les sujets pour lesquels le résultat du test est positif présentent effectivement la maladie.
- sa valeur prédictive négative : la mesure dans laquelle les sujets dont les résultats sont négatifs sont exempts de la maladie.
- son acceptabilité : la mesure dans laquelle les personnes auxquelles le test est destiné sont d'accord de s'y soumettre.

Nous détaillerons ci-dessous les différents tests de dépistage disponibles à l'heure actuelle.

- **Le CHAT**

Le CHAT (Checklist for autism in Toddlers) (annexe A) représente le premier protocole d'examen systématique qui ait été validé chez des enfants de moins de 2 ans. Sa validation s'est faite en Angleterre, au moment de l'examen de santé systématique du 18ème mois (24).

Le CHAT comporte deux parties dont un questionnaire de 9 items appliqué aux parents et 5 items d'observation réalisés par un médecin ou une puéricultrice. Sa passation demande environ 10 minutes.

Le CHAT étudie spécifiquement trois comportements qui font habituellement défaut chez les enfants autistes : l'attention conjointe, le pointage proto-déclaratif et le jeu de faire semblant.

Dans l'étude de référence, une première passation a été effectuée chez 41 enfants considérés à haut risque génétique (antécédent d'autisme diagnostiqué dans la fratrie), et à 50 enfants choisis de façon aléatoire dans un centre de santé. Les enfants étaient vus pour une visite de routine à 18 mois par des médecins généralistes ou des travailleurs sociaux qui se sont déplacés au domicile. Un suivi téléphonique avec les parents ou par un médecin généraliste, a été fait à 30

mois afin de connaître l'évolution de l'enfant. Cette étude préliminaire a montré des résultats encourageants puisque aucun enfant choisi de façon aléatoire n'avait été dépisté positivement à 18 mois et aucun n'avait été diagnostiqué porteur de TSA à 30 mois. Pour le groupe des enfants considérés à risque, quatre Enfants ont échoué à deux items ou plus du CHAT et ces mêmes enfants ont reçu le diagnostic de troubles du spectre autistique entre 24 et 30 mois.

Dans une étude prospective menée en 2000 par Baird, le CHAT a été testé sur une cohorte de 16 000 enfants à 18 mois. Les enfants ont été suivis jusqu'à l'âge de 7 ans, afin d'établir la sensibilité, spécificité et valeur prédictive positive du test. Les résultats de l'étude ont montré une sensibilité à 38% et une spécificité à 98%. Ces résultats impliquent que si le nombre de faux positifs est faible, le Nombre de faux négatifs est assez élevé.

Cependant, une étude française récente (5) a étudié une cohorte de 1227 enfants dépistés à 24 mois par le CHAT par des médecins (généralistes ou pédiatres) ou des professionnels travaillant dans des

Structures de la petite enfance. Les auteurs se sont penchés sur les seuils permettant d'obtenir la meilleure sensibilité et spécificité du test. Ils ont montré que les meilleurs résultats sont ceux de 3 items échoués sur l'ensemble du CHAT avec une sensibilité de 94,44% et une spécificité de 99,92%.

Le CHAT utilisé avec les seuils proposés dans cette étude permet des performances satisfaisantes pour un dépistage systématique des TSA à 18 mois.

- **Le M-CHAT et le Q-CHAT**

Le M-CHAT (ModifiedCHECKlist for Autism in Toddlers) a été développé en 2001 par l'équipe de Robins, afin d'améliorer la sensibilité du CHAT. Le M-CHAT comprend uniquement un questionnaire parental, la composante

observationnelle du professionnel de santé du CHAT ayant été supprimé. Elle consiste en 23 questions fermées à poser aux parents d'enfants ayant entre 16 et 30 mois.

Les résultats des propriétés psychométriques du M-CHAT varient en fonction des seuils utilisés, de l'intégration dans le dépistage d'un suivi téléphonique à un mois et de l'âge de passation. En fonction de ces paramètres, la sensibilité varie entre 47% et 97% ; la spécificité varie entre 95% et 99% ; la VPP entre 19% et 91%. Le M-CHAT présente de meilleurs résultats avec un suivi téléphonique à un mois et lorsqu'il est utilisé à 24 mois plutôt qu'à 18 mois.

Une autre version modifiée du CHAT, le Q-CHAT (Quantitative Checklist for Autism in Toddlers), a été développée en 2008 par Allison et al (33). Il comprend 25 items cotés sur une échelle en 5 points afin de nuancer les réponses. D'autres items évaluant le langage et la présence de stéréotypies ont également été ajoutés. Des études supplémentaires sont nécessaires pour déterminer un seuil de risque et pour évaluer les propriétés psychométriques de cet outil en population générale.

- **Le PDDST II**

Le PDDST (Pervasive Developmental Disorders Test) est un test développé initialement pour un dépistage de niveau 2 mais qui comprend maintenant une partie destinée à un dépistage systématique pour les enfants à bas risque.

Il comprend 23 items de comportements typiques d'enfants entre 12 et 24 mois, sous la forme d'un questionnaire parental. C'est un test payant, ce qui peut être un frein à l'utilisation par les médecins.

Nous n'avons trouvé aucune étude validant ce test sur une population à grande échelle.

- **L'ESAT**

L'ESAT (Early Screener for Autistic Traits) est un outil développé par Dietz et al en 2006 pour un dépistage systématique des TSA. Il est utilisable chez les enfants à partir de 14 mois.

C'est en fait un outil qui s'utilise en deux temps ; une première partie comprend 4 items à soumettre aux parents durant une consultation de routine et si l'enfant échoue à un des items, il est éligible pour la deuxième partie du test qui se fait avec le professionnel de santé au domicile de l'enfant.

Ce test semble avoir un nombre important de faux positifs. Par ailleurs les valeurs de sensibilité et de spécificité n'ont pas été publiées. (Dunand. Aude, 2016, P. 24.25.26).

9. Diagnostic différentiel :

9.1. Avant l'âge de 3 ans :

a. La surdité : elle est discutée devant l'absence apparente de réactions à certaines stimulations auditives (notamment à la voix) et le retard du langage. Les enfants sourds ont en générale une appétence pour la communication non verbale et développent au contraire cette modalité interactive.

b. Cécité : la cécité peut poser des difficultés de diagnostic, notamment chez les plus jeunes. Cependant si elle est isolée, l'apparition du langage et la recherche du contact corporel viennent infirmer le diagnostic de troubles envahissants du développement.

c. Trouble du langage : dysphasiques et autistes ont en commun le retard du langage, les troubles de la parole plus spécifiquement l'expression, et pour certains d'entre eux, des troubles de la compréhension des sons et du langage

orale. De plus certains enfants dysphasiques peuvent développer secondairement des troubles de la relation sociale. Il y a donc des cas limite de diagnostic complexe. Mais le plus souvent, les enfants dysphasiques diffèrent clairement des enfants autistiques par leurs capacités à communiquer par les gestes et les expressions.

d. Retard mental : les nombres d'enfants autistes ont un retard parfois important. Mais d'une part, leur fonctionnement intellectuel est plus hétérogène et diffère de celui des enfants retardés du même niveau (retard simple), car les troubles ne concernent pas de façon équivalente les différentes fonctions psychologiques (mémoire, catégorisation, abstraction...) ; d'une part, chez les autistes, les troubles du contact et de la communication sont au premier plan avec les comportements bizarres et stéréotypés.

e. Dépression et carences affectives : elles ont pu parfois être confondues avec l'autisme en raison de l'apathie, du retrait, du refus de contact. Mais la symptomatologie dépressive du jeune enfant fait généralement suite à un changement repérable dans son environnement et l'analyse sémiologique montre que les capacités de communication sont préservées. Le tableau clinique s'améliore rapidement si une prise en charge spécialisée intervient précocement. Lorsqu'il s'agit de carences affectives graves et durables, en revanche, il peut y avoir une parenté sémiologique avec l'autisme. (Pascal Lenoir et al, 2007, P.14).

9.2. Après l'âge de 3 ans :

La question est ici celle des formes voisines, ou apparentées, de troubles envahissants du développement plutôt qu'un véritable diagnostic différentiel. Certaines dysphasies (formes sévères de retard de développement du langage), surtout si il s'agit des variétés << sémantique/pragmatique >> et /ou si elles sont associées à des troubles cognitifs et du comportement, représentent l'interface

des troubles spécifiques du développement du langage avec les troubles globaux du développement.

a. syndrome de type Landau_Kleffner : il se manifeste par l'apparition entre l'âge de trois ans et sept ans d'une régression du langage, associée ou non à des crises épileptiques. Le tableau évolue soit vers la récupération soit vers la stabilisation du handicap langagier. Les troubles du comportement de type autistique et/ou psychotique sont fréquents, probablement renforcés par les difficultés de compréhension.

b. retard mental et autisme : on estime à environ 75% la proportion d'enfants autistes qui présentent un retard mental, c'est-à-dire un quotient inférieur à 70 selon les définitions des classifications nosographiques internationales. Le quotient de performance est souvent élevé que le quotient verbale, notamment chez les autistes de bon niveau. (Pascal Lenoir et al, 2007, P.15).

10. La prise en charge :

Il est important de débiter la prise en charge le plus rapidement possible, dès le début de l'apparition des troubles, avant même parfois que le diagnostic ne soit fait avec certitude. On peut tout à fait prendre en charge l'instabilité motrice d'un enfant par exemple, sans s'avoir si elle relève forcément d'un diagnostic d'autisme. Une prise en charge doit associer trois volets : pédagogique (pour permettre à l'enfant d'apprendre), éducatif (pour l'aider à acquérir des habiletés de comportement, et être à l'aise dans différentes situations : sociale, d'apprentissage, de loisir...) et thérapeutique (pour l'aider à travailler de manière spécifique certaines difficultés, ou l'aider à diminuer ou faire disparaître certains symptômes gênants). (Marc Belhassen, Olga Chaverneff, 2006, P.182). Il n'existe pas une prise en charge de l'autisme, mais des modalités différentes, qui peuvent être valable pour certains enfants, et pas

pour d'autres, concerner certaines difficultés, et pas d'autre, à un moment de leur vie, et pas à un autre. Certaines prises en charge peuvent être proposées à l'enfant puis ne plus être pertinentes, ou d'autre ne pas être pertinentes du tout, ou seulement au début. C'est tout l'intérêt de faire un diagnostic fonctionnel, qui viendra préciser sur quelles compétences de l'enfant s'appuyer pour aller vers ce qu'il sait le moins faire.

10.1. Les prises en charge thérapeutiques :

a. les traitements médicamenteux :

Faire l'état de la question des médicaments dans l'autisme n'est pas facile, car les données en pharmaco-épidémiologie sont rares et les études peuvent présenter des résultats opposés pour un même essai médicamenteux. Il n'existe pas de pharmacologie spécifique pour l'autisme et pas de médicaments dont on puisse affirmer qu'ils aient montré leur efficacité curative dans les troubles autistiques. Certains symptômes ou comportements autistiques peuvent bénéficier de traitements efficaces. (C.Tardif. ET B. Gerbner. 2003, P.10).

Mais les effets des médicaments pourront considérablement varier d'un sujet à l'autre et parfois aussi chez un même sujet au cours du temps. Les médicaments ont toujours été considérés dans l'autisme comme secondaires, comme un traitement d'appoint avec des objectifs symptomatiques. Depuis longtemps, un effet principalement recherché a été la diminution des comportements gênants d'agitation, d'agressivité, éventuellement d'automutilation chez ces enfants, au moyen de neuroleptiques dits traditionnels, agissant essentiellement par une action sédatrice. Il y a donc un objectif double dans le traitement proposé aux personnes autistes : réduire des comportements gênants quand ils existent et réhabiliter des fonctions déficitaires. Or ceci pose un problème d'utilisation de certains produits qui, prescrits pour atteindre le premier objectif de façon

efficace, risque d'entraver (par exemple, les neuroleptiques vont faire baisser les troubles du comportement, mais diminuer la vigilance et risquer d'entraîner une sédation des fonctions cognitives, communicatives...). De plus, dans l'autisme, les traitements sont souvent de longue durée et se pose donc la question d'éventuel effets délétères sur le développement après plusieurs années de traitement. (C.Tardif. ET B. Gerbner. 2003, P.107).

Ainsi, à côté des médicaments traditionnels (neuroleptiques à visé sédatif), il existe de nouveaux produits antipsychotiques qui semblent avoir de bons effets au plan clinique sans présenter des inconvénients majeurs des produits classiques (la Risperidone). De même certains produits sont en cours d'expérimentation (Naltrexone, Sécrétine, Vitamine B6, et Magnésium, Fenfluramine...) pour viser à améliorer des cibles particulières (hyperactivité, auto agressivité, agitation, interaction). Il est donc important avant toute prescription, d'évaluer sur quelles cibles comportementales ou quelles fonctions on veut intervenir, et pour quels types de troubles autistiques et quel profil d'enfant autiste on veut essayer ce traitement. (C.Tardif. ET B. Gerbner. 2003, P.107).

b. Les psychothérapies :

Les psychothérapies sont multiples ; elles peuvent être individuelles ou groupales et elles peuvent être utilisées assez diversement pour agir sur les troubles du comportement, sur l'éveil sensoriel, sur les perceptions corporelles, sur les capacités de jeux, sur les fonctions instrumentales...elles peuvent être médiatisées par des supports (jeux, peinture, musique...) pour permettre à l'enfant de communiquer à partir d'un intérêt particulier. (Carole Tardif, Bruno Gepner, 2003, P.108).

- ***la psychothérapie individuelle :***

Notamment pour les personnes d'assez bon niveau et ayant des moyens de communication à disposition, pourra être un soutien utile pour évoquer et élaborer leurs peurs, leurs angoisses et la souffrance d'être différent, pour comprendre des situations sociales si déroutantes pour elles, et les aider à gérer le stress que cet ensemble de difficultés génère au quotidien. (C.Tardif.ET B.Gerbner, 2003 P109).

- ***Les thérapies familiales systémiques :***

la personne autiste soit vue et reçue avec ses proches dans un espace prévu pour parler des interactions familiales et du système dans lequel les échanges s'opèrent. Par l'analyse de communications et des rôles uns et des autres au sein de la famille, elles peuvent être utiles pour la fratrie, dans ses liens et mode d'échange avec leurs parents et leur frère ou sœur autiste. (C.Tardif.ET B.Gerbner, 2003 P109).

- ***Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) :***

Dans leurs différentes formes s'intéressent généralement à modifier certains comportements inadaptés ou dangereux pour la personne ou pour autrui (automutilations, agressivité). Elles doivent utiliser des procédures positives pour aider la personne à avoir des conduites plus adéquates socialement. Les renforcements positifs sont utilisés pour aider la personne à progresser. Le but est de réapprendre à la personne un comportement approprié par les techniques très codifiées. (C.Tardif.EtB.Gerbner, 2003, P.109).

- ***La thérapie institutionnelle :***

C'est la méthode utilisée dans les établissements du secteur médico-social et hospitalier. Prendre en charge l'enfant dans sa globalité au sein d'une équipe pluridisciplinaire. L'institution est alors posée comme un espace de rencontre, un cadre protecteur est protégé, assurant une fonction contenante (au sens de Bion) est un espace transitionnel (au sens de Winnicott). La personne

généralement prise en charge dans des séances individuelles, mais de groupe, lors d'ateliers. La vie de l'institution fait alterner des temps dits thérapeutiques et des temps dits occupationnels. Une occupation doit avant tout avoir un objectif, le choix d'une occupation intéressante, appropriée, régulière et ciblée pour la personne autiste pourra diminuer son ennui, ses stéréotypies ou ses comportements difficiles, et lui permettre d'apprendre ou de se faire plaisir. (C.Tardif,B.Gerbner, 2003, P.109, 110).

- **La thérapie d'échange et de développement(TED) :**

Elle a été élaborée pour des enfants présentant de graves troubles de développement (dont l'autisme). Elle est un soin psychoéducatif individuel au cours duquel le partenaire de l'enfant tente de réunir les conditions optimales d'échange : sérénité, disponibilité, réciprocité pour pouvoir créer un climat favorable au développement d'interactions lors des activités ludiques. Le but essentiel est de favoriser les échanges au cours de séquences perceptives, motrices et sociales visant à rééduquer des fonctions neuropsychologiques atteintes. (C.Tardif,B. Gerbner, 2003, P.110).

10.2. Les prise en charge rééducatives :

Nous évoquerons essentiellement les rééducations du langage et de la communication qui sont essentielles pour des enfants dont la fonction communicative est la plus gravement touchée, et aussi parce que, de ce fait, diverses techniques ont été essayé auprès d'eux dans ce domaine. L'orthophonie est en effet une indication importante, même pour les enfants autistes sans langage, puisque son action principale va porter sur la mise en place de moyen de communication alternatifs qui pourront se substituer au langage absent, ou le renforcer lorsqu'il est à un stade encore trop rudimentaire (C.Tardif, B. Gerbner, 2003, P.110).

Le but du travail sur la communication est de pouvoir donner à l'enfant des moyens d'échanger avec son entourage. Dans la prise en charge orthophonique des enfants atteints d'autisme, l'objectif n'est pas une application de techniques à visée purement correctrice mais une approche plus large de la communication, communication et socialisation étant intimement liées dans le développement de l'enfant ; le langage prenant sa valeur de communication dans un processus de socialisation.

Aux côtés des techniques classiques de rééducation, l'enfant autiste pourra bénéficier de l'aide :

a. Du programme Makaton : support d'aide à la communication avec un lexique modulable adapté aux besoins de l'enfant et enseigné à l'aide de signes et de symboles(en générale des pictogrammes), accompagné par la parole.

b. Du PECS : il apprend à l'enfant à choisir un interlocuteur et à faire des demandes avec un support d'images et un travail sur les processus amenant au développement de la pensée, en procédant par différentes phases : établir un échange, accroître la spontanéité de la demande, permettre la discrimination d'image, accéder à la construction de la phrase, répondre à la question <<qu'est-ce que tu veux ?>>, faire un commentaire spontané.

c. De la communication par ordinateur : elle peut être réalisée de plusieurs façons. Une des techniques est une méthode de communication assistée appelée << la communication facilitée >>, ou la personne autiste est aidée par un tiers qui lui offre un soutien moteur (au niveau du bras ou du poignet) pour faciliter son geste de pointage des lettres à taper pour écrire son mot. Cette méthode est très controversée, le reproche principal étant le manque de contrôle. une autre forme d'aide par ordinateur consiste à faire bénéficier les enfants autistes d'outils de communication prévus pour des personnes handicapées et

atteints d'infirmité motrice cérébrale. Par exemple, certains programmes et logiciels sur ordinateur permettent à l'enfant souplesse et personnalisation pour transcrire ses besoins soit en cliquant sur des photos, des pictogrammes, soit en cliquant des mots dans un lexique ou un imagier, le tout pouvant être accompagné de textes écrits ou de paroles naturelles ou synthétiques. Ces outils permettent de développer un lexique et d'approprier les structures syntaxiques de base (C.Tardif, B.Gepner, 2003, P.110, 112).

Un bon nombre d'outils peuvent enrichir les séances orthophoniques, sans oublier que la base du travail repose sur une évaluation précise du niveau de l'enfant au plan réceptif et expressif et passe ensuite la plupart du temps par une rééducation au moyen d'outils de communication issus des programmes éducatifs tel que TEECCH, visant à travailler le langage et la communication notamment dans ses aspects pragmatiques qui sont les plus défaillants, en privilégiant très souvent un traitement visuo-spatial plus qu'auditivo-verbal pour stimuler le langage oral. Sur un autre plan, des séances de remédiations cognitives peuvent être envisagées, en plus du travail éducatif qui souvent s'en inspire, et ceci notamment pour les enfants qui présentent un profil de retard cognitif et peuvent participer à ce type de programmes comme les enfants ayant des troubles des apprentissages (C.Tardif, B.Gepner, 2003, P.113).

10.3. Les prises en charge éducatives :

On retrouve donc des actions éducatives, mais non isolées, et tenant compte des mécanismes psychopathologiques. Elles vont tendre à faire parvenir l'enfant à un certain degré d'autonomie dans la vie quotidienne (propreté, vie sociale, intégration, ...) en passant par des approches corporelles, des thérapies du langage et des thérapies cognitivistes. (B. Rogé, 2003.P113).

Plusieurs études recensées par N.Adrien montrent l'intérêt d'imiter les comportements propres des enfants autistes pour améliorer la relation de l'autiste avec son entourage ; en effet, les échanges visuels seraient plus fréquents pendant cette période, et les interactions plus longues. On peut également travailler sur certains comportements pivots desquels découlent certaines compétences : il s'agit par exemple des conduites à adopter en société pour permettre une intégration la meilleure possible. (N.Adrien, 1996, P.193).

- Le programme de Schopler (TEACCH) :

La Division TEACCH Traitement et éducation des enfants avec autisme et autres handicaps de la communication, créée aux États-Unis, est une méthode éducative spécifique. En partant de l'observation et de l'étude du fonctionnement cognitif de l'enfant autiste. Il s'agit en réalité d'un programme qui vise à insérer l'enfant autiste dans son environnement naturel en favorisant le développement de son autonomie. Afin de concrétiser l'objectif, le programme s'appuie sur trois grands principes : Le programme met l'accent sur les stades de développement de l'enfant afin d'intervenir adéquatement ; dans la petite enfance on s'intéresse au diagnostic, l'entraînement des parents et sur l'aide psychopédagogique ; à l'âge scolaire, on se penche sur les problèmes d'apprentissage et les troubles du comportement ; à l'adolescence et l'âge adulte, on tend vers une grande autonomie, avec une formation professionnelle. Dans ce programme, les parents jouent un grand rôle dans la prise en charge de leur enfant. Les parents sont, orientés par les professionnels. De leur côté les parents s'impliquent dans le programme éducatif de l'enfant. Le projet éducatif individuel repose sur une véritable collaboration et une reconnaissance mutuelle. Sa mise en œuvre repose sur deux principes : La structuration : Il s'agit d'adapter l'environnement à l'enfant autiste et de lui rendre compréhensibles les

concepts abstraits qui lui posent le plus de problèmes, notamment l'écoulement du temps. (B.Rogé, 2003.P.147).

La communication : Il est nécessaire d'introduire une communication codée non verbale à travers le canal visuel qui est le moins entravé par les troubles. Et ce par le biais de gestes, objets, images, photographies. Adaptation du programme éducatif et thérapeutique à chaque enfant, en fonction des données du bilan des émergences, des attentes des parents. Ce qui implique une formation approfondie des personnes chargées d'intervenir auprès de ces enfants. (B.Rogé, 2003, P.147).

Les prises en charge éducatives peuvent être relativement variées, enrichies d'éléments issus de diverses pratiques qui favoriseront les émergences de nouvelles compétences, nouvelles conduites, nouveaux savoir-faire chez la personne autiste. En générale, et pour conclure, il faudra :

a. L'aider à filtrer les informations pertinentes, s'assurer qu'il comprend bien ce qu'on lui dit, mettre à sa disposition un moyen de communication à sa portée (images, photos, carte-mots, objets comme le fait la rééducation orthophonique en jouant sur les moyens de communication alternatifs ou augmentatifs) ;

b. Structurer l'environnement pour le rendre significatif, faciliter les temps de transitions, permettre d'anticiper, de prévoir, et éviter ainsi le stress de l'inconnu, acquérir des savoir...

Pour conclure, la meilleure prise en charge de l'enfant pour une qualité de vie optimale doit être choisie par ses parents, elle doit être pensée et élaborée précisément en fonction du profil et des spécificités de l'enfant. Dans un projet individualisé, qui doit être évalué et réajusté tout au long de la vie et selon l'évolution de la personne et de son environnement, la recherche d'une meilleure communication, d'un accroissement des apprentissages cognitifs, d'un

développement des capacités relationnelles avec une meilleure intégration des règles et codes sociaux, d'une motivation partagée pour les jeux et les loisirs, d'un gain pour les activités d'autonomie quotidienne, doit être une constante priorité.

Synthèse :

L'autisme est un trouble neuro-développemental caractérisé par une triade de déficits : une absence ou un important déficit de langage, un important déficit de socialisation et des centres d'intérêt restreint et des comportements répétitifs. Malheureusement, les causes sous-jacentes de l'autisme ne sont pas encore bien définies tant au niveau génétique que environnemental. De plus le syndrome autistique est hétérogène et on observe des manifestations à la fois comportementales, biologiques et cognitives. Plusieurs recherches tentent d'expliquer les facteurs de risque de l'autisme, nous avons choisi de présenter celles qui nous paraissent les plus pertinentes : les facteurs génétique décrite par Kenner (3.1), et les facteurs environnementaux (3.2). Chacune des recherches prise séparément ne rend pas compte de l'ensemble des problèmes observés dans l'autisme. Nous nous sommes centrés, pour notre travail, sur les signes précoces de l'autisme, ses multiples formes, les troubles et les pathologies associées à l'autisme, les outils de dépistage de l'autisme ainsi que le diagnostic différentiel. Nous nous sommes concentré notamment sur les prises en charge thérapeutique de l'autisme.

Chapitre II

LA PRODUCTION ET LA COMPREHENSION DU LANGAGE

Préambule :

La maîtrise du langage est un élément fondamental du développement de la personnalité de l'enfant, de sa réussite scolaire, de son intégration sociale et de sa future insertion professionnelle, c'est pour cela les premiers mots d'un enfant sont attendus avec impatience par ses parents, qui célèbrent fièrement les progrès gigantesques qu'on peut constater chez la plupart des enfants au fur et à mesure qu'ils apprennent des mots nouveaux et acquièrent des habiletés langagières au cours de leurs premières années de vie. Bien que le langage parlé vienne naturellement à la plupart d'entre eux, L'acquisition du langage peut être très variable d'un enfant à l'autre, certains enfants "brûlent" les étapes tandis que d'autres prennent leur temps, ou régresser. Evaluer un comportement langagier c'est le mesurer, c'est à dire le rapporter à des critères de « normalités » les valeurs d'une évaluation d'épand de la qualité des instruments utilisés, ces instruments se caractérisent par des propriétés métrique qui leur confèrent de pouvoir mais aussi des limites, l'évaluation sera en effet différente selon le destinataire de bilan.

1. Définition du langage :

Le langage peut être communément défini comme un système de signe propre à favoriser la communication entre les êtres, la définition est très complexe puisqu'elle concerne des discipline variées : c'est un acte physiologique qui est réalisé par les organes du corps humain, psychologique qui est une activité volontaire de la pensée et social qui va permettre la communication entre les hommes. (Frédérique Brin-Henry et al, 2011, P.133).

Le langage désigne la capacité qui permet à chacun d'entre nous de communiquer et d'interagir avec les autres.

2. Les fonctions du langage :

Selon Jakobson (1963), le langage peut exercer de multiples fonctions dans l'acte de communiquer. L'auteur a mis en évidence six fonctions essentielles du langage qui sont les suivants :

- **La fonction expressive** est centrée sur le destinataire : elle exprime l'attitude de ce dernier à l'égard du contenu du message. Elle fait appel à l'intonation (jouant un rôle important pour exprimer les affects), aux interjections, aux gestes et aux mimiques, qui viennent soutenir et compléter l'expression verbale proprement dite (Yaguello, 1981).
- **La fonction conative** est centrée sur le destinataire : tout acte de communication a en effet une incidence sur le comportement de ce dernier.
- **La fonction référentielle** considère le référent comme l'élément central de la communication.
- **La fonction phatique** assure le bon fonctionnement du canal de communication. Elle a pour but de maintenir le contact entre le destinataire et le destinataire.
- **La fonction métalinguistique** impose de raisonner sur le code, destinataire et destinataire devant s'assurer qu'ils utilisent bien le même.
- **La fonction poétique** est centrée sur le message, auquel elle donne une valeur créative (Brin-Henry et al, 2010).

2. la boucle du langage :

Une distinction est faite entre le versant réceptif (compréhension des énoncés) et le versant expressif (production des énoncés).

2.1. Le versant réceptif :

La compréhension verbale se définit comme la capacité à accéder au sens, à la signification des messages linguistiques délivrés oralement ou par écrit (Brin-Henry et al, 2010). Accéder à la signification d'un énoncé nécessite d'abord la réception, par le système auditif, du signal de parole. L'information est ensuite transmise au cerveau (via le nerf auditif) et plus spécifiquement vers le lexique mental, passage obligé pour permettre la mise en lien entre l'univers physique des sons de la parole et l'univers symbolique des mots, des phrases et du discours. Le lexique mental contient en effet les associations entre les formes sonores et les significations pour tous les mots connus de l'auditeur (Rondal et Seron, 1999).

2.2 Le versant expressif :

L'expression verbale correspond à la production d'un message linguistique émis oralement ou par écrit, message matérialisé par une suite ordonnée d'éléments linguistiques signifiants (Brin-henry et al, 2010). Le point de départ d'un message langagier réside dans une intention de communication (la personne souhaite faire part d'une ou de plusieurs informations).

Ces informations font l'objet d'une élaboration sémantique, puis d'une mise en mots : les éléments lexicaux sont sélectionnés dans le lexique mental puis ordonnés et marqués selon les règles morphosyntaxiques. Le message est ensuite mis en sons (encodage phonologique) puis mis en mouvements (planification des enchaînements musculaires nécessaires à la production du message).

Parallèlement à son élaboration, des instances de contrôle visent à comparer le message qui prend forme avec l'intention de communication définie au départ et à s'assurer de son intégration dans le contexte de la situation d'échange (Rondal et Seron, 1999).

3. les théories d'acquisition du langage :

L'acquisition du langage, comme domaine de recherche, s'est articulée autour de questions controversées. Quelques positions radicales étaient défendues sur des sujets comme celui de l'existence de compétences innées d'acquisition du langage, de mécanismes d'apprentissage spécifiquement dédiés au langage ou encore du rôle de l'environnement linguistique et /ou social. Plusieurs auteurs ont plus particulièrement imposé leur point de vue, comme Piaget avec une approche cognitive, Bruner dans un cadre interactionniste à la suite de Vygotsky, ou Chomsky défendant une théorie innéiste. Selon Piaget, l'évolution du langage suit les stades du développement cognitif. Refusant l'existence de mécanismes innés du traitement du langage, il explique l'acquisition du langage par l'interaction de mécanismes généraux d'apprentissage et de l'environnement de l'enfant. Cette idée d'interaction des processus cognitifs et de l'environnement se retrouve chez Bruner, qui met l'accent sur l'environnement social. Pour lui, l'enfant est, dès la naissance, doté de capacités à entrer en communication avec son entourage. Il acquiert ainsi des savoir-faire, apprenant la structure des conversations, et les compétences langagières vont s'ajouter à ces premiers acquisitions, la position de Chomsky est celle qui a soulevé le plus de réactions. Elle postule l'existence de connaissances innées, nommées grammaire universelle. L'environnement aurait un rôle minimal dans l'apprentissage : l'exposition à la langue déclencherait les compétences spécifiques à l'acquisition du langage, ce dernier étant considéré comme une faculté spéciale indépendante des processus cognitifs. (Jean-Yves Baudouin, Guy Tiberghien, 2007, P.91).

3.1. La théorie constructiviste :

Selon la théorie constructiviste, représentée par Piaget(1936,1937), le langage a une base biologique inéducable, mais il se construit peu à peu en suivant le

développement cognitif. Le langage est donc issu du développement cognitif. Pour Piaget, les connaissances d'un individu ne sont pas seulement dues à une unique imitation ou un conditionnement, ni à des facteurs héréditaires ; elles sont consécutives d'une structuration provoquée par l'activité du sujet. Pour Piaget, les processus d'acquisition du langage sollicitent les structures opératoires de l'intelligence. Le langage ne peut être acquis sans l'existence de ces structures qui sont construites par l'individu. L'acquisition du langage n'est pas isolée du développement cognitif : elle est le résultat de l'action du sujet sur son environnement. (Virginie Dardier, 2004, P.19. 20).

3.2. La théorie interactionniste et pragmatique :

Le rôle attribué à l'environnement est important dans les théories interactionnistes. Sur ce point, les travaux de Bruner(1983) postulent que, même si l'enfant naît avec des prédispositions pour apprendre le langage, le rôle du milieu reste cependant fondamental dans son développement. C'est grâce à l'attitude de l'adulte, qui, de façon constante, donne une signification aux conduites de l'enfant et au-delà lui attribue des intentions de communication, que l'enfant fait progressivement l'acquisition du langage. Proche des concepts interactionnistes, les théories pragmatiques préconisent l'étude des usages et des fonctions du langage et pas seulement l'analyse de sa structure. Dans ce courant, le rôle de l'environnement apparaît essentiel dans le développement du langage. Parmi les théories pragmatiques, la théorie des actes de langage d'Austin(1962) et de Searle(1969) postule que le langage constitue un moyen d'agir sur le monde. Ainsi, les enfants apprennent le langage non seulement par l'acquisition de connaissances linguistiques (phonologique, syntaxique et sémantique), mais aussi par l'acquisition de connaissances sociales (relatives aux situations, à autrui...). Enfin, la mise en correspondance de ces types de connaissances constitue l'aboutissement de ce processus complexe d'acquisition du langage.

Les recherches de Jérôme Bruner(1983,1984) se situent dans la perspective de la théorie de Vygotski et accordent un rôle important aux facteurs culturels dans le développement. Ses travaux ont par ailleurs fortement contribué à la connaissance et à la diffusion de l'œuvre de Vygotski. S'appuyant sur les notions de zone proximale de développement et de phases (inter puis intra-individuelle), Bruner c'est intéressé aux différents mécanismes en jeu dans le développement de la communication chez le jeune enfant. Ainsi, son travail s'est porté sur l'analyse des interactions entre l'adulte et l'enfant. Dès 1975, Bruner souligne l'importance de considérer les usages que l'individu fait du langage plutôt que de se focaliser uniquement sur la forme des énoncés. (Virginie Dardier, 2004, P.65).

3.3. La théorie innéiste :

Le point de vue de Chomsky sur l'acquisition du langage est appelé **théorie innéiste**. Contrairement aux autres théories, la théorie innéiste met l'accent sur le rôle actif de l'apprenant. Comme le langage est universel chez les êtres humains, Chomsky prétend qu'ils possèdent la capacité d'apprendre à parler aussi naturellement qu'ils apprennent à marcher. Le nouveau-né posséderait donc un dispositif d'acquisition du langage inné, qui le prédisposerait à donner une signification aux sons qu'il entend et à comprendre les règles sous-jacentes à sa langue. Plusieurs faits semblent confirmer ce point de vue :

- Les nouveau-nés sont capables de différencier des sons semblables, ce qui laisse croire qu'ils naissent avec un mécanisme de perception qui leur permet de capter les caractéristiques du discours.
- Quelle que soit la complexité de leur langue maternelle, presque tous les enfants l'apprennent, et ils en acquièrent les principes de base sans enseignement formel, selon une séquence déterminée par leur âge.

- L'enfant qui commence à parler ne se limite pas à répéter des phrases toutes faites. Il crée des mots nouveaux et structure continuellement de nouvelles phrases, même sans jamais les avoir entendues auparavant.
- L'être humain, le seul doué de la parole, est aussi le seul dont le cerveau est plus volumineux d'un côté que de l'autre ; d'autre part, cet hémisphère (généralement le gauche) possède des structures spécialisées pour le langage (Gannon et al, 1998).

Néanmoins, la perspective innéiste n'explique pas pourquoi certains enfants parlent mieux et plus rapidement que d'autres. Elle n'explique pas non plus les différences individuelles dans les aptitudes grammaticales et la facilité d'élocution, ni pourquoi l'acquisition du langage dépend de la présence d'un interlocuteur et pas simplement de l'écoute de la langue. (Diane Papalia et al, 2010, P.98).

4. Les étapes de l'acquisition du langage :

Le développement du langage ne commence pas seulement lorsque l'enfant dit son premier mot. Avant de pouvoir utiliser des mots pour manifester ses besoins et ses émotions, le bébé se fait d'abord comprendre par une variété de sons. La progression, à peu près la même pour tous, va des pleurs à l'imitation accidentelle, en passant par les gazouillis et le babillage, pour aboutir enfin à l'imitation délibérée : c'est ce qu'on appelle le langage pré linguistique. Peu après, le vocabulaire s'étend, les mots se combinent pour former des phrases et l'enfant commence à intégrer quelques règles de syntaxe.

La reconnaissance des sons :

La capacité de différencier les sons est essentielle au développement du langage. Des recherches ont démontré que les fœtus ont une nette préférence pour la voix de leur mère : les battements cardiaques d'un fœtus enregistrés

alors qu'on lui faisait entendre une histoire lue par une femme augmentaient si la voix était celle de sa mère et diminuaient lorsqu'il s'agissait de la voix d'un étranger.

On peut donc en conclure que le fait d'entendre sa langue maternelle avant la naissance pourrait préparer l'oreille du bébé à repérer plus tard les phonèmes de base, c'est-à-dire les sons des voyelles et des consonnes propre à sa langue. Autour de six mois, les enfants apprennent à reconnaître les phonèmes de base de leur langue maternelle et ils peuvent s'ajuster à de légères différences dans la façon dont ils sont prononcés. La perception phonétique joue alors un rôle important dans l'acquisition du langage. Enfin, vers dix mois, les enfants perdent l'aptitude qui leur permettait de distinguer les phonèmes qui ne font pas partie de la langue parlée par leur entourage. (Mme Diane Papalia et al, 2010, P.93).

Le langage pré-linguistique :

Les pleurs : les pleurs constituent le premier et l'unique mode de communication du nouveau-né. Les pleurs d'un bébé peuvent sembler identiques pour une oreille étrangère, mais les différences de ton, de modulation et d'intensité qui signalent la faim, la fatigue, la douleur ou la colère sont reconnues par l'oreille exercée des parents.

Les gazouillis : entre six semaines et trois mois, commence à rire et à gazouiller lorsqu'il est content : il crie, glousse et prononce des voyelles comme le <a> vers l'âge de trois mois commence un genre de tennis verbal : l'enfant s'amuse à émettre une variété de sons qui semblent reproduire ceux qu'il entend autour de lui. Souvenons-nous que c'est vers quatre mois que l'enfant passe alors des réactions circulaires primaires aux réactions circulaires secondaires. Ainsi, il gazouille d'abord pour le simple plaisir de produire des sons et, ensuite, au stade

des réactions circulaires secondaires, il va pouvoir gazouiller pour attirer ou soutenir l'attention.

Le babillage : le babillage c'est-à-dire la répétition de chaînes composées d'une consonne et d'une voyelle comme <<ma-ma-ma-ma>>, se produit entre six et dix mois ; on les confond souvent avec les premiers mots de l'enfant. Or, le babillage n'est pas un langage à proprement parler, même s'il rapprochenéanmoins peu à peu des mots et qu'il conduit généralementaux premières paroles. Au départ le bébé imite par hasard les sons entendus, puis il imite ses propres sons. Vers neuf ou dix mois, il imite délibérément d'autres sons qu'il entend autour de lui, sans les comprendre pour autant. Une fois qu'il possède un répertoire de sons, il arrive que le jeune enfant les rassemble selon un modèle qui ressemble au langage réel, mais qui n'a aucune signification particulière.

L'expression gestuelle : entre 9 et 12 mois, les enfants apprennent quelques **gestes sociaux conventionnels** : agiter pour exprimer un <<au revoir>, hocher la tête pour dire<<oui>> ou secouer la tête pour dire<<non>>, taper dans les mains pour manifester sa joie,etc. peu à peu, les gestes se rapportent à des significations plus élaborées : lever les bras pour se faire prendre ou porter un verre vide à sa bouche pour exprimer le désir de boire. **Les gestes symboliques**, comme souffler pour dire que c'est chaud, apparaissent souvent en même temps que les premiers mots et ils fonctionnent d'ailleurs comme eux. Ces gestes montrent qu'avant de pouvoir parler, l'enfant comprend que les objets et les concepts ont des noms et qu'il peut utiliser des symboles pour désigner tous les objets et les événements de sa vie quotidienne. Ces gestes symboliques sont habituellement utilisés avant que le vocabulaire de l'enfant n'atteigne 25 mots, et ils disparaissent généralement lorsque l'enfant a appris les mots correspondant aux idées qu'il exprimait jusque-là par des gestes. (Mme Diane Papalia et al, 2010, P. 94).

L'utilisation des mots et des phrases :

L'enfant moyen prononce ses premiers mots entre 10 à 14 mois, inaugurant par là son usage du langage véritable. Rapidement, l'enfant va utiliser beaucoup de mots et manifester une certaine compréhension de la grammaire, de la prononciation, de l'intonation et du rythme.

Les premiers mots : comme nous l'avons vu, le <<ma-ma-ma-ma>>, que l'enfant de huit ou neuf mois prononce à l'étape du babillage est souvent considéré par les parents comme le premier mot de l'enfant pour dire <<maman>>. C'est pourtant rarement exact. C'est donc quand le son <<ma-ma>> sert vraiment à désigner ou à appeler sa maman qu'on peut alors affirmer le risque de se limiter à <<maman>> ou <<papa>>. Il est aussi probable que l'enfant ne puisse prononcer qu'une seule syllabe qui aura plusieurs significations selon les circonstances. Tout au long du stade du mot unique, qui dure jusqu'à l'âge de 18 mois environ, le vocabulaire s'enrichit. Les sons et les rythmes de la parole évoluent et, même si une grande partie du discours de l'enfant en reste au stade du babillage (beaucoup d'enfant de plus de un an babillent en effet presque constamment), ce babillage est plutôt expressif. (Mme Diane Papalia et al, 2010, P. 94,95).

Le développement du vocabulaire : Entre 11 et 13 mois, l'enfant semble généralement saisir la fonction symbolique de la désignation, c'est-à-dire qu'il se rend compte qu'un mot désigne un objet ou un événement précis. A cet âge, et même toute la vie, **le langage réceptif**, c'est-à-dire la compréhension des mots, est beaucoup plus étendue que **le langage expressif**, c'est-à-dire la capacité de s'exprimer avec des mots.

Au début, l'augmentation du vocabulaire se fait assez graduellement. Toutefois, vers la fin de la deuxième année (soit entre 16 et 24 mois), on assiste soudainement à une explosion de mots, les noms d'objets ou de personnes sont

alors plus faciles à apprendre pour l'enfant. Des études ont même démontré que quelle que soit la langue maternelle, les enfants de 20 mois utilisaient dans toutes ces langues plus de noms que n'importe quelle autre catégorie de mots (Borstein et al, 2004). (Mme Diane Papalia et al, 2010, P. 95).

Les premières phrases : En général, les enfants agencent deux ou plusieurs mots lorsqu'ils ont entre 18 et 24 mois, mais cela demeure néanmoins très variable. Bien que le langage pré linguistique soit relativement lié à l'âge chronologique, le langage verbal, lui, ne l'est pas. Certains enfants qui commencent à parler relativement tard rattrapent ainsi assez rapidement le temps perdu.

Les premières phrases prononcées, ne comportent d'abord que des mots essentiels à la compréhension de l'idée générale : c'est un **langage télégraphique**.

L'apparition de la syntaxe : Au début, les articles et les prépositions lui font défaut (tombé soulier), tout comme les sujets et les attributs (Boit, lait). L'enfant peut ensuite agencer deux relations élémentaires (Vincent frappe et frappe balle) pour enfin être capable d'établir une relation plus complexe (Vincent frappe balle). Entre 20 et 30 mois, l'enfant acquiert alors des rudiments de la syntaxe. Il commence à utiliser des articles, des mots au pluriel et des terminaisons de verbes. À trois ans, il peut répondre et poser des questions qui commencent par « qu'est-ce que » et par « ou », mais il éprouve plus de difficulté avec les « pourquoi » et les « comment ». Bien que l'enfant parle enfin couramment de façon intelligible et passablement correct d'un point de vue grammatical, son discours est encore truffé d'erreurs parce qu'il ignore les exceptions aux règles. Une fois que l'enfant découvre les règles, il a en effet tendance à les appliquer sans distinction. C'est ce qu'on appelle la **surgénéralisation des règles**.

À trois ans, un enfant arrive ainsi généralement très bien à se faire comprendre et, à la fin de l'enfance, il a acquis la pleine maîtrise de la grammaire, même si son vocabulaire et la complexité de ses phrases continuent de s'accroître. Le langage de l'enfant n'est donc pas simplement une version simplifiée du langage des adultes : il présente de véritables traits distinctifs. (Mme Diane Papalia et al, 2010, P. 96,97).

5. Autisme et acquisition du langage :

Si l'on se place du point de vue de l'acquisition du langage, on intègre généralement l'autisme dans un ensemble de pathologies développementales que l'on regroupe sous le terme général de syndrome autistique. Les patients ainsi regroupés diffèrent cependant sur certains points, dont un décisif pour la présente étude, à savoir l'acquisition et le développement de la communication linguistique. De ce point de vue, une première division au sein du syndrome autistique est possible :

- Les patients souffrant du syndrome d'Asperger, qui ont une acquisition à peu près normale, mais légèrement retardée, ainsi qu'un QI normal et des troubles du comportement social identiques à ceux du reste de la population du syndrome autistique.

- Les patients autistes dits verbaux qui acquièrent le langage mais avec un retard important et par un processus spécifique, et qui souffrent parfois aussi d'un retard mental.

- Les patients autistes dits non-verbaux qui n'acquièrent jamais le langage et qui ont un retard mental fréquent. (Nadège. F, 2008, P. 13).

Il existe différentes stratégies pour favoriser l'acquisition du langage chez les enfants autistes :

Les parents d'enfant autiste demandent souvent des exercices pour aider leur enfant à communiquer. Ces suggestions ne sont pas considérées comme des

exercices isolés à faire séparément, mais plutôt comme des idées à mettre en pratique quand les parents interagissent avec leur enfant. Ces techniques sont conçues pour s'intégrer, au fil des heures, dans le contexte de vie de l'enfant. Elles s'avèrent plus efficace lorsqu'ils les utilisent de façon constante. Ces stratégies ont pour but de mettre à la disposition des parents et des familles quelques moyens pour améliorer les compétences de communication de leur enfant.

- **Limitez le nombre de questions directes.** En générale, les parents bien intentionnés croient qu'ils contribuent à développer le langage de leur enfant en lui posant beaucoup de questions par exemple : qu'est-ce-que c'est ?, que veut tu ? ou bien que fais-tu ? .évitez ces questions le plus possible. Les parents peuvent s'écouter l'un l'autre quand ils s'adressent à leur enfant et se rappeler qu'ils doivent réduire le nombre de questions.
- **Attendez et montrez votre intérêt.** Au cours des échanges verbaux, l'adulte montre clairement qu'il attend quelque chose de son enfant. Après avoir parlé, il souhaite que son enfant parle à son tour. Les parents doivent montrer clairement à leur enfant que l'on attend quelque chose : établissez un contact visuel, écartez les lèvres légèrement, sourcillez et penchez la tête et le corps légèrement vers l'enfant.
- **Afin d'encourager les interactions sociales,** essayez des jeux tel que coucou !, menton fourchu et le chat ; le défi consiste à parvenir à ce que votre enfant amorce le jeu. Si vous jouez à coucou ! assurez-vous que votre visage est très près de celui de votre enfant, littéralement contre le sien.
- **Employez des formules de salutation** avec différentes personnes de votre voisinage, des personnages fictifs, des animaux en peluche et des marionnettes. Dites<<au revoir>> aux jouets et saluez-les de la main avant de les ranger. Prenez la main de votre enfant et montrez-lui le geste en disant <<au revoir>>.

- Votre enfant essaiera peut-être de vous prendre la main et de vous amener vers l'objet qu'il convoite. Résistez. Retirez plutôt votre main et demandez <<quoi>> en faisant un geste exagéré. Saisissez son index et pointez-le comme pour une requête. Redressez son coude et pointez son index vers l'objet désiré. Marchez à ses côtés, sans vous laisser entraîner, en direction de l'objet. (Catherine. M, 2006, P. 236, 237).

6. la production et la compréhension verbale :

Le développement du langage comporte deux facettes : la compréhension et la production. **La compréhension des mots** que l'on nomme aussi <<langage réceptif>> renvoie au nombre de mots compris par l'enfant. **La production des mots** ou <<langage expressif>> se rapporte plutôt au nombre de mots dits. La compréhension précède toujours la production du langage. L'enfant saisit toujours plus de mots qu'il n'est en mesure d'en produire. Chez certains enfants la compréhension et la production se suivent de près, alors que chez l'autre, il peut y avoir un écart entre ces deux facettes. (Caroline. B, 2008, P. 193).

La production du langage doit être considérée comme une activité cognitive extrêmement complexe qui impliquerait un grand nombre de sous-systèmes fonctionnels. Chacun de ces systèmes prendrait ensuite en compte un des aspects spécifiques de la tâche.

Contrairement au champ de **la compréhension du langage**, les modèles de production sont peu nombreux. Dans les modèles traitant de la compréhension du langage, les auteurs ont abouti à des modèles alliant l'approche modulaire et interactionniste. Les théories semblent tendre, de plus en plus, vers l'idée que les procédures d'identification seraient modulaires et que les procédures d'interprétation seraient interactives. Au moment de la production, il y a comparaison entre le message émis et l'intention de communication, qui serait assurée par des boucles de contrôle. C'est ce qui fait que l'on peut rectifier notre

message lorsque l'on fait un lapsus par exemple. (Annie B, Pierre-Henri G, 2005, P. 155).

7. langage et autisme :

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. (M. Leroy, & C. Masson, 2010p. 89-110).

8. La communication :

La communication est un acte qui consiste à échanger un message, la plupart du temps entre deux personnes que ça soit vocalement ou non et cela commence au tout début de la vie.

8.1. La communication verbale :

8.1.1. Définition :

La communication verbale se définit comme un acte de langage qui est accompli entre deux personnes, à savoir un locuteur et un interlocuteur. Par opposition au non-verbal, le terme « verbal » désigne tout ce qui est oralisé ou écrit avec des mots (Brin-Henry et al, 2010).

8.1.2. Les facteurs de la communication verbale :

Jakobson (1963) a défini six facteurs constitutifs des actes de communication verbale. Ainsi, tout acte de communication verbale met en jeu un **destinateur** (locuteur) qui émet un **message** en direction d'un **destinataire** (interlocuteur), qui peut être absent ou virtuel. Ce message est doté d'un **réfèrent** (l'objet du discours). Pour émettre son message, le locuteur fait appel à un **code**, que l'interlocuteur est censé partager. La communication exige l'utilisation d'un **canal** physique (la voix, la page écrite, le geste, etc.) servant à établir le contact. Sera introduite par la suite la notion de rétroaction (ou feed-back), qui donne au locuteur des indications sur la manière dont son message a été reçu, lui permettant ainsi de s'ajuster. (Mathilde Perrioux, Antinéa Schmitt, 2014, P.33).

Pour de nombreux enfants autistes, la communication et la parole peuvent se développer différemment ou bien plus lentement que chez les enfants du même âge. La plupart d'entre eux ont du mal à comprendre que la communication est utilisée entre deux personnes ou plus et sert à transmettre un message. Certes, certains enfants autistes développent un langage mais ont des difficultés à comprendre comment l'utiliser correctement. La façon dans les enfants apprennent à communiquer affecte d'autres domaines du développement tel que l'apprentissage et le comportement.

Les enfants autistes ne sont pas non plus réceptifs aux tentatives de communication des personnes qui les entourent. L'enfant autiste ne répond pas directement à l'appel de son nom par exemple. Il a de grandes difficultés à converser, notamment à cause de son absence de vocabulaire. De plus, le procédé des écholalies continue souvent longtemps chez la plupart des enfants autistes. De contexte totalement différent. Dans une conversation, il n'y a pas d'échanges, d'interactions, juste des répétitions de mots ou de phrases (« j'sais pas » notamment pour le contexte scolaire). (M. Leroy, & C. Masson, 2010p.90-110).

Synthèse :

Le problème majeur des enfants avec autisme n'est pas l'absence de parole mais le développement difficile de leur communication. Les enfants autistes ont les mots, mais les utilisent souvent sans en comprendre la signification exacte. Par exemple, le cas d'écholalie ou l'enfant répète mot par mot comme un perroquet, ce qu'il a entendu sans en connaître la signification. Ce qu'on trouve chez un enfant autiste est la difficulté dans la production et la compréhension du langage. Dans ce chapitre, nous avons débuté avec une brève définition du langage ainsi que ses différentes fonctions selon Jakobson (1963), nous avons notamment discuté de la boucle du langage et les théories expliquant l'acquisition du langage, sans oublier les étapes du développement du langage chez l'enfant. Nous avons essayé d'expliquer comment se déroule l'acquisition du langage chez un enfant autiste. Enfin, on a clôturé ce chapitre avec la communication verbale.

Chapitre3 :

La prise en charge orthophonique chez les enfants autistes

Préambule :

Après avoir établi un bilan orthophonique complet, l'orthophoniste propose à son patient une prise en charge bien adapté à son trouble. la prise en charge doit s'adapter à la fois au patient et à sa pathologie. Les objectifs principaux de l'orthophoniste sont multiples : il va stimuler les fonctions déficientes, les contrôler et même à éliminer le trouble, l'objectif reste de permettre au patient de continuer à progresser malgré son handicap.

En revanche, chez les enfants autistes la prise en charge orthophonique poursuit plusieurs objectifs : accompagner les parents, stimuler les prérequis, développer la compréhension et l'expression.

1. Définition de la prise en charge orthophonique :

Terme générique recouvrant des réalités diverses en fonction des troubles (troubles acquis ou développementaux), de la pathologie concernée, des demandes de la personne (enfant ou adulte), des modalités d'intervention du praticien (choix des méthodes), et des modalités pratiques des séances (durée, fréquence, travail en relation duelle ou en groupe, en équipe pluridisciplinaire ou non...). (Frédérique, B et al, 2011, P. 215).

2. Les objectifs de la prise en charge orthophonique : la prise en charge orthophonique a pour but de :

- Mettre en place des capacités ou des compétences spécifiques.
- Restaurer un fonctionnement normal et /ou mettre en place des moyens palliatifs ou de compensation. (Frédérique, B et al, 2011, P. 215).

Dans la prise en charge orthophonique des enfants autistes, l'objectif n'est pas une application de techniques à visée purement correctrice mais une approche plus

large de la communication. Chez les enfants autistes il faudra développer bien la communication verbale et non verbale.

3. Les étapes de la prise en charge orthophonique :

La prise en charge englobe 3 étapes :

1. Etape initiale :

C'est une étape où l'on doit apprendre à connaître l'enfant. C'est le moment où l'on doit installer une relation de confiance, une relation chaleureuse, créer une atmosphère positive. Le premier mois de prise en charge va surtout être l'occasion d'identifier le renforcement à utiliser. Il faut également prendre le temps de déterminer les points forts et les points faibles de l'enfant. L'enfant doit comprendre que collaborer à la demande entraîne des réponses immédiates et des récompenses fréquentes, il « apprend à apprendre ». Dans l'étape initiale, l'enfant doit acquérir des compétences « simples », comme s'asseoir, attendre, réagir à des consignes, rester sur une tâche d'apprentissage, etc... C'est une façon de créer des conditions propices aux apprentissages qui vont suivre.

2. Etape intermédiaire :

Durant ces étapes, on met en place des apprentissages de modes de communication spécifiques, de jeux, d'autonomie et de vie sociale. Selon les besoins de l'enfant, on adapte la technique. Le but est d'augmenter les facultés de l'enfant à apprendre et vivre en milieu naturel. C'est pourquoi la prise en charge doit être appliquée aussi naturellement que possible. Petit à petit, on proposera à l'enfant de jouer en collectivité et à être dans les activités sociales.

3. Etape avancée :

Ce sont des étapes où l'on va essayer de transférer les apprentissages à la vie quotidienne, à l'environnement de l'enfant. C'est à ce moment-là que l'on

travaille les facultés de communication, les subtilités sociales et affectives. Les apprentissages se font en milieu naturel, c'est donc la période où a lieu l'intégration à l'école. (Cynthia. Veratti, 2013, P. 37).

4. La prise en charge orthophonique chez les enfants autistes :

Il n'existe pas en prise en charge bien spécifique de l'autisme, mais des modalités différentes, qui peuvent être valable pour certain enfants, et pas pour d'autre, concerner certaines difficultés, et pas d'autre. C'est tous l'intérêt de faire un diagnostic fonctionnel, qui viendra préciser sur quelles compétences de l'enfant s'appuyer pour aller vers ce qu'il sait moins faire. (Marc B, Olga Ch, 2006, P. 182).

4.1. La prise en charge des troubles langagiers dans l'autisme :

L'orthophoniste s'occupe non seulement de l'évaluation des troubles langagiers, mais aussi de la rééducation du langage et de la communication. Cette prise en charge est tout aussi importante que celle des autres difficultés engendrées par l'autisme. En effet réussir à s'exprimer et comprendre ce qui est dit est deux habiletés indispensables à un bon confort de vie.

La prise en charge orthophonique de l'enfant avec autisme passe en partie par l'accompagnement de ses parents. Le travail consiste à leur expliquer les étapes du développement normal du langage, afin qu'ils parviennent à y situer le niveau de leur enfant. Lors de cet accompagnement, thérapeute et parents identifient les difficultés de communication rencontrées quotidiennement et tentent d'y apporter des solutions spécifiques.

Entrainer les prérequis :

Les prérequis sont l'ensemble des compétences et connaissance qui doivent être acquises afin de développer correctement de nouveaux apprentissages. Dans la

prise en charge orthophonique de l'autisme, l'entraînement des prérequis au langage et à la communication occupe une place très importante. Parmi les nombreux prérequis à stimuler, on retrouve **l'imitation, le pointage et la modulation de la voix**, l'enfant apprend aussi à jouer avec son visage et son corps, afin de les utiliser par la suite en communication non verbal. Une partie du travail porte sur le regard, afin d'améliorer le **contact oculaire** lors des interactions avec autrui. Enfin l'orthophoniste entrainera plus particulièrement la **perception auditive et visuelle**.

Stimuler la perception auditive :

L'audition est à la base de toute communication. Or, les personnes avec autisme ont souvent une perception auditive altérée. La prise en charge orthophonique a pour objectif de l'améliorer en augmentant la sensibilité à la voix, tout en diminuant la sensibilité aux bruits et aux éléments non importants. La discrimination des sons et finesse de l'analyse auditive sont également travaillées.

Dans les cas les plus sévères, le professionnel revient aux premiers apprentissages sonores, en apprenant à l'enfant TSA à réagir aux sons à l'aide d'instrument et de jouets d'éveil. Plus la perception auditive s'améliore et plus il peut complexifier l'entraînement. Le patient apprend à déterminer la provenance d'un bruit, à différencier des sons qui se ressemblent, à les reproduire, les reconnaître et les nommer.

Stimuler la perception visuelle :

La perception visuelle est généralement bien préservée en cas d'autisme. D'ailleurs, la personne TSA y fait souvent appel pour comprendre le monde qui l'entoure. La prise en charge orthophonique renforce cette faculté. Plus elle est efficace, plus la personne réussit à analyser les gestes, les expressions et l'ensemble des informations non verbales de son interlocuteur. En outre, il est

particulièrement important de stimuler la perception visuelle des personnes qui communiquent à l'aide d'images et de pictogrammes.

Différents jeux et activités seront proposés en fonction de l'étendue des difficultés diagnostiqués. Par exemple, l'orthophoniste apprend à soutenir et diriger le regard de son patient, ou réalise des exercices de discrimination et d'analyse visuelle (jeux des 7 erreurs, lotos d'images...).

Travailler la compréhension :

Améliorer la compréhension est un travail de longue haleine. Habituellement, l'orthophoniste commence par développer la compréhension de consignes simples et fréquentes (lève-toi, attend ...), dans le but de favoriser l'autonomie. Lorsque les lacunes sont sévères, il contourne le langage en se servant d'images ou de gestes pour illustrer ses propos.

Lorsque la personne avec autisme est déjà capable de comprendre un minimum ce qu'on lui dit, le professionnel travaille alors à la compréhension plus fine du langage. Il entraîne la compréhension des mots. Puis des phrases, en commençant toujours par les énoncés les plus simples et en évoluant vers les plus complexes. Dans un premier temps, ce travail de compréhension utilise la désignation : la personne TSA montre ce qu'on lui dit par exemple : sur l'image, où se trouve le champignon ? Ensuite elle doit répondre aux consignes entendues comme par exemple mets la poupée blonde à côté du camion rouge. (Nathalie F, et al, 2017, P. 80.81.82).

Travailler l'expression :

L'expression en cas d'autisme non verbal : la première est d'aider l'enfant à entrer en communication avec son entourage. Pour cela, l'orthophoniste développe son désir de communiquer en partant de ses centres d'intérêt. Par exemple : il se procure quelque chose que l'enfant aime particulièrement et l'aide

à le lui demander. Petit à petit, le jeune découvre que la communication lui permet de se faire comprendre et d'obtenir ce qu'il souhaite. Il devient de plus en plus apte à l'utiliser.

Lorsque le langage n'apparaît pas malgré toutes les stimulations possibles, l'orthophoniste installe alors **un moyen de communication alternatif**. Plusieurs possibilités existent ; elles sont choisies en fonction de l'enfant et de son niveau intellectuel. Parmi elles. On retrouve l'utilisation d'un langage gestuel, de pictogrammes et d'images.

L'utilisation de gestes ou d'images ne ferme pas la porte au langage. Certaines personnes TSA les utilisent sans jamais passer à autre chose, tandis que d'autres y font appel avant de réussir à formuler leurs premières phrases. Cette aide visuelle particulièrement concrète aide à mieux comprendre comment organiser ses idées, ce qui favorise parfois le passage au langage verbal.

L'expression en cas d'autisme verbal : en cas d'autisme verbal, la prise en charge veille à améliorer le langage et la communication déjà présents pour les rendre les plus performants possible. L'orthophoniste corrige les lacunes décelées dans le bilan en commençant par les plus handicapantes.

L'orthophoniste encourage l'utilisation des différents niveaux de langage, des métaphores, des expressions, de l'humour. L'intonation et la voix seront développées en utilisant, par exemple, des dialogues à déclamer de différentes façons. L'orthophoniste aide aussi à comprendre les règles qui régissent les conversations et à utiliser le langage non verbal pour soutenir ce qui est dit. Il étouffe le vocabulaire et apprend à la personne avec autisme à l'utiliser dans des situations variées. Enfin, il l'aide à s'exprimer de manière claire, en organisant ses idées et en structurant son discours. (Nathalie F, et al, 2017, P. 83).

4.2. Les méthodes de communication alternative et augmentée :

La communication augmentée vise à développer et encourager la communication en ayant recours, en plus du langage, aux gestes, aux images ou à l'écrit. Le message est donc répété plusieurs fois puisqu'il est prononcé oralement tout en étant transmis de manière gestuelle ou visuelle. En agissant de la sorte, on augmente les capacités de compréhension en même temps que l'envie de communiquer.

La communication alternative est utilisée quand le langage ne se développe pas. Cette démarche offre alors une autre façon de communiquer sans pour autant devoir maîtriser le langage verbal.

La communication alternative et la communication argumentée sont appliquées dans une multitude de cas : TSA, dysphasie, retard mental... Ces méthodes s'intègrent sans problème dans un programme de thérapie comportementale plus large, comme le TEECH ou l'ABA. Elles n'empêchent pas l'apparition du langage verbal, au contraire, elles lui permettent d'émerger et d'être plus structuré. (Nathalie F, et al, 2017, P. 85).

4.2.1. Le MAKATON :

Le MAKATON est une méthode de communication augmentée dont l'objectif est d'aider à développer la communication et le langage. Elle agit d'abord sur la compréhension et favorise ensuite l'expression.

Matériel :

La méthode MAKATON s'appuie sur un vocabulaire de base de 450 mots. Ceux-ci sont déclinés sous la forme de gestes et de pictogrammes et classés en 9 niveaux selon la catégorie qu'ils concernent par exemple : les besoins

Chapitre3 : La prise en charge orthophonique chez les enfants autistes

fondamentaux, les loisirs, etc. chaque catégorie regroupe des mots issus de différentes classes grammaticales : noms, déterminants, verbes, pronoms, etc.

Les pictogrammes sont dessinés de manière à représenter le plus clairement possible des concepts.

Principe général :

Le MAKATON fonctionne en combinant différents modes de communication : gestes, pictogrammes et langage oral sont utilisés de manière simultanée.

Procédé :

Le MAKATON est flexible et progressif. L'enfant avec autisme commence par apprendre quelques mots de vocabulaire. Au début, ceux-ci sont simples, peu nombreux, choisis pour couvrir des domaines différents et correspondre à sa situation. A cette étape de l'initiation, l'objectif est de lui permettre de communiquer ses besoins principaux. Progressivement, les mots appris se complexifient et deviennent plus nombreux. Dès que l'enfant en maîtrise une certaine quantité, il apprend à les combiner afin d'enrichir sa communication.

L'apprentissage du vocabulaire se fait de manière formelle, avec un professionnel formé au MAKATON. Celui-ci présente entre 1 et 5 nouveaux termes à la fois. Il énonce chaque mot à voix haute, en même temps qu'il le signe et montre le pictogramme correspondant.

Ce procédé stimule le canal auditif (entendre le langage), visuel (voir les pictogrammes et les gestes), et même kinesthésique quand l'enfant reproduit les gestes lui-même ou pointe les pictogrammes. En plus de l'apprentissage en bonne et due forme, l'enfant TSA est encouragé à utiliser cette méthode de communication lors d'activités informelles, qu'il s'agisse des échanges à la maison ou lors de temps de jeux et de loisirs.

Les conditions d'une utilisation réussie :

Pourvu qu'ils soient enseignés par des professionnels ayant suivi une formation adéquate, la plupart de temps des orthophonistes. Le PECS et le MAKATON se révèlent tous deux très efficaces. Néanmoins, le PECS est plus intelligible par des personnes non sensibilisées. Pour une efficacité redoublée, l'entourage de l'enfant TSA doit lui-même se former à ces méthodes. Cela permet au jeune de discuter avec davantage de personnes différentes, dans des situations variées. C'est à cette seule condition qu'il pourra entraîner ce qu'il a appris au cours des séances de consultation, développer de nouveaux apprentissages et continuer à améliorer sa communication existante.(Nathalie F , et al , 2017,P. 89 . 90).

4.2.2. La méthode PECS :

Le PECS (Picture Exchange Communication System) est un système de communication par échange d'images. Il s'agit d'une méthode d'apprentissage de la communication de façon alternative, pour les enfants qui n'ont pas de communication verbale ou non fonctionnelle.

Avec ce système, c'est l'enfant qui est à l'initiative de la communication pour demander à obtenir un résultat. On associe toujours une récompense concrète au renforcement social, ainsi on ne va pas seulement donner mais aussi féliciter. C'est une méthode qui intègre les principes de base de la méthode ABA pour laquelle on personnalise beaucoup l'échange en fonction des acquis et de l'entourage.

Le matériel à utiliser est simple, il s'agit d'un classeur de communication composé d'intercalaires sur lesquels on dispose des pictogrammes ainsi qu'une bande phrase.

La première chose à faire est tout d'abord d'évaluer les besoins de l'enfant, ses intérêts. Pour cela une sélection attentive et rigoureuse des renforçateurs devra

être effectuée (jouets préférés de l'enfant, objets lumineux, etc...), après discussions avec les parents. Le PECS comporte 6 phases au total.

✓ Phase I : Echange physique

En voyant son objet préféré, l'enfant prend l'image qui lui correspond, l'apporte à son interlocuteur et la dépose dans sa main. Il est donc indispensable de s'assurer au préalable que l'enfant veut l'objet, car c'est bien à l'enfant d'initier l'échange. On propose donc l'objet, on attend de voir s'il essaie de l'attraper. Pour atteindre cet objectif, il est impératif de ne pas faire d'incitation verbale, il faut garder le silence tant que l'enfant n'a pas remis l'image et qu'on n'est pas dans une demande de l'enfant. De plus, deux intervenants sont nécessaires : « le partenaire de communication » se tient en face de l'enfant, tandis que « l'incitateur physique » se tient derrière et s'occupe de la guidance physique. Au début, l'interlocuteur doit bien avoir la main tendue et progressivement il va estomper cette aide physique, et ne tendre la main que lorsque l'enfant approche l'image.

✓ Phase II : Croître la spontanéité

L'objectif est que l'enfant se dirige vers le classeur de communication, qu'il détache lui-même son image et se dirige lui-même vers son partenaire de communication et la lui remette.

On va augmenter progressivement la distance entre l'enfant et l'interlocuteur. On ne passe pas à l'étape suivante tant qu'il n'y a pas 80% de réussite à cette étape. Puis on augmente la distance entre l'enfant et l'image qu'il doit donner.

✓ Phase III : Discrimination des pictogrammes

Jusqu'à cette étape, les capacités de l'enfant en lecture d'images n'ont normalement pas été testées, il a peut-être juste compris qu'il fallait donner quelque chose pour avoir quelque chose. La question du sens va se poser dans

cette étape de l'apprentissage. L'objectif de cette phase est que l'enfant arrive à demander un objet en allant vers son livre de communication et en choisisse l'image qui l'intéresse parmi un ensemble d'images, puis se dirige vers son interlocuteur pour la lui remettre. On travaille d'abord la discrimination entre deux pictogrammes, puis entre plusieurs pictogrammes. Le choix entre deux pictogrammes implique que l'on travaille entre un objet aimé et un objet qui ne l'est pas. Par la suite, il faudra vérifier la relation objet-pictogramme : il choisit entre deux pictogrammes, en remet un à l'interlocuteur, et va choisir lui-même l'objet correspondant.

✓ Phase IV : Construction de phrases

On travaille avec la bande phrase du classeur de communication. Dans cette étape, l'enfant demande l'objet qu'il souhaite (qu'il soit visible ou non), il doit utiliser le pictogramme « je veux » ainsi que celui de l'objet désiré, il doit les placer sur la bande phrase et remettre celle-ci à son interlocuteur. Au départ, le pictogramme « je veux » est fixe, puis on ne le positionne plus et on lui apprend à l'utiliser.

✓ Phase V : Réponse à une question

A la fin de cette phase, l'enfant doit pouvoir répondre à la question « qu'est-ce que tu veux ? ». L'enfant a suffisamment gagné en autonomie pour répondre à une question. C'est un travail sur la prise en compte de la demande de l'autre.

✓ Phase VI : Commentaire en réponse à une question

L'enfant va pouvoir répondre aux questions « qu'est-ce que tu veux ? », « qu'est-ce que tu vois ? », « qu'est-ce que tu entends ? ». On travaille également sur les sentiments de base. Dans cette phase, on peut ajouter des sollicitations verbales telles que « regarde », « écoute ». (Cynthia. Veratti, 2013, P. 29.32).

Une fois que les six phases sont bien assimilées par l'enfant, on peut introduire des concepts linguistiques complémentaires tels que les concepts de couleurs, de taille et d'espace afin de préciser leur demande. Cette étape permet à l'enfant d'élargir son vocabulaire. C'est aussi le moment, où l'on essaie de lui apprendre à différencier les notions d'acceptation-affirmation et de négation-refus. L'enfant doit pouvoir répondre par oui ou par non. À cette étape, il n'y a plus de récompense concrète mais seulement une récompense sociale et notamment verbale (« Oui, bravo, c'est une maison »). On est alors dans une interaction sociale.

La méthode PECS est souvent couronnée de succès lorsqu'elle est associée à des éléments de l'analyse du comportement. En effet, les phases de la méthode PECS ne sont pas prédéterminées dans le temps. Cette méthode s'adapte à la progression de l'enfant.

4.2.3. La méthode TEACCH :

a)-Introduction et historique :

Le programme TEACCH se base sur une approche développementale et une approche éducative. Les caractéristiques de l'autisme sont abordées dans ce programme comme source de handicap durable dont il faut minimiser les conséquences pour permettre l'intégration de la personne. C'est un programme qui se centre sur la personne. En effet ce programme repose sur la compréhension du fonctionnement de la personne atteinte d'autisme, mais aussi sur ses compétences, sur ce qu'elle sait faire et ce qu'elle pourra faire en fonction de son niveau de développement et de la sévérité des troubles. De plus dans ce programme l'initiative et le choix des matériaux sont laissés à l'enfant dans un environnement aménagé pour favoriser sa participation.

Eric Schopler est le premier à émettre l'hypothèse que la cause de l'autisme serait une anomalie organique. Cette hypothèse a été confirmée par la suite grâce à la neuropsychologie et ses techniques d'imagerie cérébrale. Un traitement particulier des informations provenant du milieu a été mis en évidence. En 1966 il lance un projet expérimental d'une durée de cinq ans. Ce projet englobait le diagnostic, l'évaluation, le traitement de l'enfant atteint d'autisme, mais aussi la formation des professionnels et l'accompagnement des parents. C'est la naissance du programme TEACCH« Treatment and education of autistic and communication handicapped children » (traitement et éducation d'enfants atteints d'autisme et de trouble apparentés de la communication, en français). C'est un programme d'intervention vaste et complet, accessible à toutes les personnes atteinte d'autisme quels que soient leur niveau et leurs âges.

En 1972 la Caroline du Nord l'adopte comme dispositif global de prise en charge de la personne avec autisme. Il sera par la suite diffusé au reste des Etats-Unis, puis en Europe dans les années 1980-1990. En France la première structure, utilisant ce programme, a ouvert ses portes en 1985.

b)- Les apports de la théorie et des connaissances sur l'autisme :

Ce programme repose en grande partie sur la compréhension de la personne avec autisme. L'autisme est ici appréhendé dans une approche développementale. Ce programme s'inspire des théories comportementales et cognitives pour comprendre et accompagner la personne. Les apprentissages sont axés sur la personne, sa qualité de vie et le développement de ses compétences, pour une meilleure autonomie dans la vie sociale.

Outre la considération des particularités individuelles, les connaissances sur le fonctionnement cognitif caractéristique des personnes avec autisme sont aussi prises en compte. En effet le programme est adapté aux particularités cognitives suivantes, présentes dans l'autisme :

Chapitre3 : La prise en charge orthophonique chez les enfants autistes

-Les particularités sensorielles : hyper ou hypo-sensibilité, seuils de réaction variables chez un même individu (hyperréactivité ou absence de réponse)

-Le manque de cohérence centrale : intérêt particulier pour les détails, difficultés à regrouper les perceptions pour leur attribuer une signification cohérente, ce qui provoque des difficultés de compréhension du milieu et engendre des comportements inappropriés.

-Le déficit des fonctions exécutives : difficultés à organiser l'action et notamment dans la réalisation des différentes étapes qui la compose.

-La difficulté de généralisation : « mémorisation en bloc », lien fort entre l'action et le contexte dans lequel elle a été réalisée, si bien que si un détail de ce contexte est modifié, la personne perçoit cette action comme différente. Cela entraîne des difficultés pour transposer les apprentissages à diverses situations, mais aussi une résistance aux changements dans les actions apprises (tendance à la ritualisation face à la nouveauté).

-Le déficit en théorie de l'esprit : incapacité à se représenter ce que ressentent les autres, ainsi que leurs intentions. Les personnes avec autisme rencontrent des difficultés pour entrer en interaction de façon appropriée avec d'autres personnes, et notamment pour amorcer et maintenir la conversation, selon les normes sociales.

-Les intérêts restreints : motivations particulières, inhabituelles.

Les interventions définies dans ce programme n'agissent pas directement sur ces déficits mais en tiennent compte pour amener des moyens de compensations, pour une meilleure compréhension du monde environnant.

c)-Les principes fondamentaux du TEACCH :

♣ L'objectif :

L'objectif visé est d'apporter à la personne atteinte d'autisme les moyens de communiquer et de comprendre le monde qui l'entoure. Il s'agit d'adapter la personne en lui enseignant les compétences qui lui permettront de participer de manière autonome à la vie en société. Mais aussi en adaptant l'environnement, en tenant compte des particularités de la personne, pour créer les meilleures conditions, pour qu'elle puisse se saisir de cet environnement et y agir de manière adéquate. Ceci en se reposant surtout sur la visualisation des concepts abstraits (rendre visible ce qui ne se voit pas).

♣ L'évaluation et projet éducatif individualisé :

La compréhension du fonctionnement de l'individu passe par une évaluation précise des compétences dans tous les domaines développementaux. Des tests spécifiques sont utilisés afin d'évaluer ce que l'individu sait faire mais aussi ce qu'il pourra faire, notamment en mettant en lumière les émergences dans les différents domaines. Une émergence est un état intermédiaire entre une compétence acquise et d'autres non acquises. A partir de ces données, un projet d'éducation individuel (PEI) est élaboré, en s'appuyant sur les compétences acquises pour proposer un travail autonome, et sur les compétences émergentes pour un travail d'apprentissage. Cela est réalisé dans les différents domaines : communication, sensori-motricité, autonomie dans les activités de la vie quotidienne. Ce PEI est établi selon des variables propres à l'individu : ses compétences acquises et émergentes, son niveau de développement et le degré d'intensité de l'autisme et du retard mental associé ou non, mais aussi de ses centres d'intérêts. Il est aussi établi à partir de variables extérieures, mais liées à la personne : son éducation, l'investissement et la participation de sa famille dans la prise en charge et à l'âge du diagnostic.

♣ La structuration de l'environnement :

La structuration de l'environnement repose sur un constat : les personnes avec autisme ont une meilleure compréhension des supports visuels. L'utilisation de supports visuels permet une meilleure mobilisation de leur attention, et une meilleure compréhension des attentes que par la modalité verbale. De plus l'aménagement de l'environnement permet de diminuer les sources de distractions. En effet il est nécessaire de mettre en évidence ce qu'il va se passer dans chaque lieux, pour que l'enfant associe à chaque lieu une fonction spécifique. Par exemple dans la salle de psychomotricité il faut mettre en avant le matériel qui va être utilisé durant la séance. Mais il faut aussi structurer la salle, en donnant à chaque lieu de la pièce une fonction : le grand bureau pour les apprentissages avec le thérapeute, la petite table isolée devant le mur pour le travail en autonomie, le tapis pour les activités motrices et un coin pour les activités libres...

La structuration de la séance doit être aussi temporelle, car matérialiser le temps par des éléments visuels concrets, permet de compenser les déficits perceptifs et les difficultés de mentalisation. Cette matérialisation passe par l'utilisation d'outils simples de compréhension et d'emplois pour l'enfant (emplois du temps, time-timer, plannings, calendriers...) composés de supports visuels adaptés aux capacités de l'enfant (images, photos, objets...). Par exemple, l'emploi du temps doit être accessible et fonctionnel pour l'enfant. Il est nécessaire qu'il puisse en faire une lecture autonome. Cet outil peut être composé de photos, d'images ou d'objets qui évoquent les lieux où il devra aller au cours de sa journée, mais aussi les activités qu'il aura à réaliser, à quel moment et dans quel ordre. Il doit être mis à jour au fur et à mesure du déroulement de la journée. L'enfant doit le consulter à chaque changement d'activité. L'apprentissage du fonctionnement de l'emploi du temps par l'enfant et son entourage est un pré requis à sa bonne utilisation. Et enfin la structuration des activités est aussi utilisée. Structurer l'activité rend le début et la fin de l'activité plus compréhensible pour l'enfant. Il faut lui présenter

les différentes activités de façon concrète, en les visualisant, afin qu'il puisse traiter les informations plus efficacement. En pratique cela passe par l'utilisation de boîtes ou de petits paniers qui contiennent le matériel à utiliser, posées sur la table de travail, qui est elle aussi aménagée pour une meilleure concentration de l'enfant (moindres distracteurs). L'activité, peut être aussi décomposée en différentes étapes, à réaliser successivement. L'explication de ces différentes étapes peut être matérialisée par l'utilisation des petits paniers (chaque panier contenant le matériel nécessaire à la réalisation d'une étape), ou par un schéma composé d'images, de photos, d'objets.

L'apprentissage se fait donc, dans un premier temps, dans un lieu très structuré comme décrit ci-dessus, pour une meilleure concentration et une meilleure compréhension de l'action. Cela passe notamment par la mise en place de routines, qui évolueront en automatismes. Ainsi l'enfant pourra, une fois qu'il aura automatisé les différents gestes, réaliser la même action dans un milieu plus naturel.

♣ L'accès à un moyen de communication :

L'un des objectifs les plus importants dans ce programme est d'apporter à l'enfant avec autisme les moyens de communiquer avec les autres, car il se base sur le principe que le manque de communication engendre des comportements inappropriés et problématiques. Ce programme s'axe donc sur l'apprentissage de moyens de communiquer, pour que l'enfant exprime ses besoins et ses demandes, mais aussi sur l'utilisation des moyens qui permettent une meilleure compréhension du langage oral. Ainsi sur le versant réceptif, le langage verbal est soutenu par les supports visuels. Les images, les photos, les objets viennent mettre l'accent sur les mots et permettent une meilleure compréhension des attentes de l'entourage. Mais ils forment aussi un rappel du mot. Lorsque l'enfant a compris le lien qui existe entre le support visuel et ce qu'il désigne, il peut user de ces

soutiens visuels pour faire une demande, il rentre ainsi dans la communication. Ensuite des mots sont associés à sa demande, lorsqu'il tend l'image. Lorsque l'enfant s'est saisi du mot, l'utilisation de l'image pour faire des demandes est progressivement abandonnée.

♣ La collaboration avec les parents :

La collaboration des parents est essentielle dans ce programme. Ils sont considérés comme « Co-thérapeute » (E.Schopler). Une relation d'égalité doit se créer entre les professionnels et les parents. Les parents sont ceux qui connaissent le mieux leur enfant, mais ils n'ont pas forcément de connaissances sur l'autisme, contrairement aux professionnels intervenant auprès de l'enfant autiste. Cette relation se base donc sur un partage d'expériences, de connaissances et d'observations. L'action des thérapeutes est temporaire, ils agissent lors du diagnostic, de l'évaluation de l'enfant, lors de l'élaboration du PEI, et en guidant les parents, alors que l'action des parents s'inscrit dans le quotidien et ce tout au long du développement de l'enfant. Il est donc important de les informer et de les former, pour qu'ils puissent accompagner leur enfant, et rester à leur place « d'éducateurs de leur enfant ».

De plus cela permet aussi une meilleure généralisation des apprentissages fait en séance de rééducation s'ils sont repris selon les mêmes principes à la maison, avec les parents. (Roger. Sophie, 2014 ; P.34.35).

Parmi les avantages de la méthode TEACCH :

- ✓ Enseignement structuré, les repères sont concrets.
- ✓ L'enfant est acteur dans un environnement qu'il maîtrise.
- ✓ Bien que le programme de la méthode TEACCH est représenté par un modèle scolaire, mais il peut être facilement appliqué à la maison.

En revanche la méthode TEECH à un inconvénient qui est le Problème d'espace de travail, chaque enfant autiste doit avoir le sien. (Kinane. Daouadji. A, 2018, P.47).

4.2.4. La méthode ABA :

4.2.4.1. Historique :

L'Applied Behavioral Analysis (ABA), Analyse Appliquée du Comportement est une approche éducative inspirée du béhaviorisme (approche psychologique basée sur l'étude du comportement). Elle a été créée dans les années 1970 aux Etats-Unis, par Ivar Lovaas, un psychologue-chercheur s'intéressant aux enfants autistes.

L'ABA prend ses sources dans les travaux concernant l'analyse comportementale et le conditionnement opérant. C'est un domaine scientifique de recherche dont l'un des objectifs principaux est le développement des technologies permettant l'amélioration de comportements socialement significatifs. Elle s'intéresse à des comportements variés comme par exemple l'apprentissage des demandes chez des personnes avec autisme.

4.2.4.2. Grands principes :

L'analyse du comportement a pour but de mettre en évidence l'influence de l'environnement et ainsi pouvoir développer des stratégies pour modifier ce premier : on parle d'analyse du comportement associée à une intervention intensive en vue d'obtenir la meilleure intégration possible dans la société, par le renforcement des comportements jugés appropriés et l'inhibition des comportements inadaptés.

Chapitre3 : La prise en charge orthophonique chez les enfants autistes

La méthode ABA est un programme dit de stimulation précoce, structuré et intensif. Elle demande un investissement important (tant en temps qu'en moyens humains), un cadre et est basée sur des principes scientifiques et expérimentaux.

Pour la réussite du programme, deux conditions sont nécessaires :

- il doit être pratiqué de manière intensive (20 heures minimum par semaine, pour une durée minimum de 2 ans).
- il doit être mené par une équipe éducative formée et coordonnée, impliquant les parents, dans le cadre d'un programme individualisé.

Les techniques de modification du comportement ont pour but de :

- développer et initier un nouveau comportement.
- augmenter sa fréquence.
- généraliser et maintenir ce comportement.

Cette méthode se compose de deux types d'enseignement : *L'enseignement structuré et l'enseignement incident.*

- *l'enseignement structuré* place l'enfant dans une situation routinière, cadrée. Chaque apprentissage est divisé en séances et la répétition des séances va permettre l'apprentissage. Cela constitue un temps d'apprentissage classique. L'objectif est une réponse adaptée de l'enfant sans guidance ou aide particulière. Chaque effort sera récompensé pour renforcer son apparition. Les attitudes non-attendues seront ignorées ou corrigées.

- *l'enseignement incident* s'applique quant à lui partout. L'objectif est un travail de guidance auprès de l'enfant, que ce soit à l'école, à la maison ou lors d'activités. On cherche à mettre l'enfant dans une situation la plus naturelle possible, la plus

spontanée et la plus plaisante pour lui. Ces temps sont adéquats pour travailler des domaines tels que le regard, le langage, à travers une activité attrayante.

Un élément important dans la méthode ABA est l'utilisation de renforçateurs. On parle d'agents renforçateurs (ou AR). « Un renforçateur, c'est un événement, un stimulus, en terme de la vie de tous les jours c'est quelque chose de plaisant. Et lorsque l'on va donner ce quelque chose juste après que l'enfant a émis un comportement particulier, l'effet obtenu va être l'augmentation de la probabilité que ce comportement se reproduise. » .

Les renforçateurs sont individualisés : chaque enfant aimera des choses différentes et il est important de s'appuyer sur ses goûts. Pour les choisir, un temps d'observation préalable de l'enfant est nécessaire. On recherchera alors ce qu'il aime toucher, ce qu'il aime manger, ce qu'il aime faire. L'objectif étant d'aboutir à l'usage de renforçateurs sociaux. Enfin, les renforçateurs sont hiérarchisés, c'est-à-dire qu'ils sont classés par intérêt croissant. Ainsi, lorsque l'enfant produit un comportement adapté, le renforçateur donné illustrera l'importance du comportement produit.

4.2.4.3. La place de la communication dans la méthode ABA :

Une grande part du programme est accordée au comportement verbal. La demande est le premier objectif : en s'appuyant sur les motivations de l'enfant, on lui demande d'utiliser le langage pour formuler une demande. Lorsque l'enfant y arrive, il obtient alors son renforçateur, qui le motivera pour formuler d'autres demandes. Les motivations de l'enfant favorisent alors l'émergence du comportement verbal.

Une fois cette étape acquise est alors enseignés à l'enfant le commentaire, l'obtention d'informations et l'aspect structurel du langage.

Chapitre3 : La prise en charge orthophonique chez les enfants autistes

Depuis 2005, une nouvelle branche de l'ABA se développe : le Comportement Verbal ou Verbal Behavior. Cette perspective ne s'intéresse non pas à l'aspect structurel du langage mais aux différentes fonctions de celui-ci.

Toujours appuyée sur la motivation de l'enfant (qui est perçue comme le moteur des apprentissages), cette méthode s'intéresse au mot et le considère comme un comportement. Le mot est donc analysé en fonction de ce qu'il suscite, que ce soit chez l'émetteur ou le destinataire. On ne s'intéresse plus au sens premier du mot mais à sa finalité (obtenir quelque chose, attirer l'attention..).(Justine C, Julie. M, 2013, P.13.14).

L'un des problèmes majeurs rencontrés en autisme est le problème de communication, les personnes atteintes de TSA présentent des lacunes dans leurs communications verbales, ce qui a poussé à utiliser d'autres moyens de communication tel que le langage des signes.

La langue des signes est une langue Visio-gestuelle utilisée particulièrement par les sourds elle est disponible en plusieurs langues, la langue des signes française (LSF), la langue des signes arabe (LSA) (chaque pays arabe possède sa propre langue des signes, mais ici en Algérie les spécialistes utilisent la LSF), la langue des signes américaine (LSA)...etc. La communication manuelle (utilisation des mains, orientation des doigts, des bras ou du corps), est le moyen utilisé pour faire transmettre un sens en langage des signes. (Kinane.Daoudji. A, 2018, P.47).

Synthèse :

La prise en charge orthophonique de l'enfant autiste doit se faire en collaboration avec les parents. La présence de formes multiples de l'autisme oblige les chercheurs à proposer des prises en charge adaptées au syndrome.

Il faut considérer chaque enfant autiste dans sa spécificité et essayer d'entrer avec lui en communication par le geste, le regard, la parole... il faut que l'intervention

Chapitre3 : La prise en charge orthophonique chez les enfants autistes

éducative soit précoce, massive et structurée, cette prise en charge orthophonique a pour finalité d'aider l'enfant autiste à communiquer et comprendre plus efficacement ce qui lui est dit, dans le but d'améliorer sa qualité de vie.

Nous nous sommes basés dans ce chapitre sur les principales objectives de la prise en charge orthophonique ainsi que ses différentes étapes. Nous nous sommes notamment basés sur les différentes méthodes utilisées dans la prise en charge orthophonique des enfants autistes.

Conclusion

En conclusion, nous avons essayé de répondre à la question que nous nous sommes posé sur l'efficacité du programme thérapeutique orthophonique pour développer la production du langage et la compréhension verbale chez les enfants autistes, malgré les difficultés rencontrés, ce travail est pour nous une opportunité pour la découverte et pour approfondir nos connaissances, sur le plan théorique.

Ce travail nous a permis de comprendre l'autisme, ses types, son diagnostic, sa prise en charge et surtout de comprendre comment se développe la production et la compréhension chez un enfant autiste.

L'idée de départ de notre recherche était d'établir le test de <<CARS>> et celui de <<Chuvret Muller>> auprès des enfants autistes âgés entre 5 ans et 12 ans en vue d'évaluer leurs compétences en compréhension et en production langagières.

Notre objectif était de prouver que les programmes thérapeutiques orthophoniques sont efficaces pour développer la production du langage et la compréhension verbale chez les enfants autistes.

Malheureusement, les conditions nous n'ont pas permis de continuer notre stage pratique à cause de la pandémie du Covid 19, c'est pour cela on n'a pas pu confirmer ou infirmer notre hypothèse.

La Liste bibliographique

La Liste bibliographique

- 1- Andrew Read, Dian Donna, Yves Szanjer(2008), << Génétique médicale : de la biologie à la pratique clinique>>, Boeck. Paris.
- 2- Barthelemy(2012), <<l'autisme : de l'enfance à l'âge adulte>>, Lavoisier, Paris.
- 3- Catherine Thibault, Marine Pitrou, <<aide-mémoire, trouble du langage et de la communication, l'orthophonie à tous les âges de la vie>>, 2ème édition, Dunod, 2014.
- 4- Dunand Aude(2016), <<évaluation du CHAT comme outil de dépistage précoce des troubles du spectre de l'autisme>>, université Paris Diderot-Paris7.
- 5- Carole Tardif, Bruno Gepner(2003), <<l'autisme>>, édition Nathan. Paris.
- 6- Frédérique Brin et al(2011), dictionnaire d'orthophonie, édition Ortho, France.
- 7- Laurent Mottron(2004), <<l'autisme : une autre intelligence : Diagnostic, cognition et support des personnes autistes sans déficience intellectuelle>>, Margada.
- 8- Marc Belhasen, Olga,Chaverneff(2006), <<l'enfant autiste :un guide pour les parents>>, John LibbeyEurotext, France .
- 9- Marc-Antoine Crocp,Julien-Daniel Guelfi (2016), Mini DSM-5 critères diagnostiques, Paris.
- 10- Pierre Philippot et al(2015), <<des enfants du spectre autistique et l'émotion>>, Le Harmattan, Paris.
- 11- Pascal Lenoir et al (2007), <<l'autisme et les troubles du développement psychologique>>,2ème édition, Masson, France.
- 12- Jean-Charles Juhel, Guy Hérault (2003), <<la personne autiste et le syndrome d'asperger, Chronique Social, France.
- 13- Jean Couttraux et al(2015), <<prise en charge comportementale et cognitive des troubles du spectre autistique>>, Amazon, France.
- 14- Yves Contejean, Catherine Doyen(2012), << regard périphériques sur l'autisme, Evaluer pour mieux accompagner>>, Lavoisier, Paris.
- 15- Jean-Yves Boudouin, Guy Tiberghien(2007), <<psychologie cognitive Tome1>>, Bréal édition.Paris.
- 16- VirgineDardier (2004), <<pragmatique et pathologies : comment étudier les troubles de l'usage du langage>>.Paris
- 17- Diane Paralia et al (2010), <<psychologie du développement humain>>, 7 ème édition, ChenelièreMCGraw-Hill.

La Liste bibliographique

- 18- Nadège Foudon (2008), l'acquisition du langage chez les enfants autistes : étude longitudinale, université Lyon2.
- 19- Catherine Mourice (2006), <<intervention comportementale auprès des jeunes enfants autistes>>, deboeck.
- 20- Caroline Bouchard (2008), <<le développement global de l'enfant de 0 à 5 ans>>, presse de l'université de Québec.
- 21- Annie Bertrand, Pierre-Henri Garnier (2005), <<psychologie cognitive>>, Studyrama.
- 22- Roger Sophie (2014), psychomotricité et programmes d'intervention globale dans la prise en charge précoce du jeune enfant autiste, université Toulouse3.
- 23- Nathalie Fallourd et al (2017), <<aider son enfant autiste : 50 fiches pour le soutenir et l'accompagner>>, deboeck supérieur, Paris.
- 24- Kinnane Daouadji Amina (2018), aide à la décision pour la mise en place de parcours d'apprentissages adaptés aux profils cognitifs des autistes, université d'Oran.
- 25- Justine Carlier, Julie Martinez (2013), vers une communication alternative : outil d'évaluation pour l'orientation de personnes non verbales avec autisme, université Lille2 Droit de santé.
- 26- Cynthia Veratti (2013), état des lieux sur l'implication des orthophonistes et des parents concernant les troubles autistiques et la méthode ABA, Université Henri Poincaré Nancy1.
- 27- www.Psychomédia-QC.ca.

Résumés

Résumé

L'autisme est un trouble développemental qui a des conséquences sur le développement de l'enfant. Le diagnostic de ce trouble est aujourd'hui possible dès 18 mois. Il n'existe pas de traitement qui ne permet de l'autisme. Mais certaines interventions permettent des améliorations au niveau de la communication, de l'autonomie, du comportement.

La prise en charge des enfants TED s'articule autour d'un suivi multidisciplinaire ou l'orthophonie joue un rôle important, notamment pour le développement de ces compétences sociales en première intention.

Chez un enfant autiste la production et la compréhension du langage sont touchées. Actuellement de nombreuses méthodes de prise en charge sont proposées aux personnes autistes mais à ce jour, il n'existe pas d'évaluation spécifique permettant de choisir la méthode la plus adaptée au patient.

Ce qu'on retrouve chez les enfants autistes la présence des altérations au niveau de ces compétences langagières ou l'enfant est incapable de communiquer avec son entourage, on retrouve une altération au niveau de la compréhension et de la production du langage. On a eu l'intention d'appliquer le teste de <<CARS>> et celui de <<Chuvret Muller>> dans le but de vérifier si ces programmes aides l'enfant à développer leur production de langage ainsi que sa compréhension verbal mais en raison de la pandémie de Covide 19 on n'a pas pu effectuer cette recherche.

Mots clés : autisme, développement, trouble envahissant du développement, méthodes de prise en charge, compréhension et production du langage.

Abstract

Autism is a developmental disorder that affects the development of child. The diagnosis of this disorder is now possible from 18 months. There is no treatment that can cure autism. But some interventions allow improvements in communication, autonomy, behavior.

The caring of pervasive developmental disorders children articulates around a follow-up where orthophonics takes important part, in particular for the development of these basic competences in first intent.

In an autistic child the language production and comprehension are affected. Many care methods are available to people with autism. But so far, there is no specific evaluation to choose the most appropriate communication method of the patient.

What we find in autistic children the presence of alterations in their language skills or the child is unable to communicate with those around him. There is an alteration at the level of understanding and production of language.

We intended to apply the test of <<CARS>> and <<Chuvret Muller>> in order to verify if these programs help the child to develop language production and verbal comprehension. But due to the Covid 19 pandemic we could not perform this search.

Keys Words :Autism, Development, Pervasive Development Disorders, Basic competences.