



جامعة بجاية
Tasdawit n Bgayet
Université de Béjaïa

Université Abderrahmane Mira. Bejaia

Faculté Des Sciences Humaines Et Sociales

Département : Sciences sociales

Spécialité pathologie du langage et de la communication

Mémoire de fin de cycle

En vue de l'obtention du diplôme de master en Orthophonie

Thème

***L'efficacité de la prise en charge
orthophonique dans l'amélioration de la
communication verbale chez les enfants
autistes***

-Etude pratique dans un cabinet de psychologie EL-kseur

Réalisé par :

- Bouzidi Sofia
- Slimani Amel

Encadré par :

Dr. Ben Guesmia Farid

Année universitaire : 2020/2021



جامعة بجاية
Tasdawit n Bgayet
Université de Béjaïa

Université Abderrahmane Mira. Bejaia

Faculté Des Sciences Humaines Et Sociales

Département : Sciences sociales

Spécialité pathologie du langage et de la communication

Mémoire de fin de cycle

En vue de l'obtention du diplôme de master en Orthophonie

Thème

***L'efficacité de la prise en charge
orthophonique dans l'amélioration de la
communication verbale chez les enfants
autistes***

-Etude pratique dans un cabinet de psychologie EL-kseur

Réalisé par :

- Bouzidi Sofia
- Slimani Amel

Encadré par :

Dr. Ben Guesmia Farid

Année universitaire : 2020/2021

AUTISME



« Le langage est source de malentendus »

Antoine de Saint Exupéry, Le Petit Prince.

« La communication est une science difficile.

Ce n'est pas une science exacte.

Ça s'apprend et ça se cultive.»

Jean – Luc Lagardère.

Remerciement

Tout d'abord nous tenons à manifester notre louage à Dieu qui nous a donné la force et la patience Pour réaliser ce modeste travail.

Nos remerciements s'adressent à toutes les personnes qui nous à apporté de près ou de loin, aide et soutien.

Tout d'abord nous voudrions remercier très sincèrement notre encadrant Dr BENGUESMIA Farid de nous avoir consacré son temps et de nous avoir accompagnés tout le long de cette année ainsi pour sa patience et sa confiance.

Nos plus grands remerciements pour l'orthophoniste, aux psychologues et à toute l'équipe qui nous a soutenus lors de notre stage au niveau du cabinet psychologie clinique El-kseur.

On remercie vivement les étudiants de notre promo pour leur aide morale durant toute la période de préparation.

Dédicace

Je dédie ce modeste travail à ;

A la mémoire de ma chers mère qui à était pour moi un exemple de bien être, et que Dieu l'accueille dans son vaste paradis et mon chère papa que Dieu le garde pour moi et que dieu lui donne une longue vie inchallah.

Mes chers frères : Hakim, Sofiane et Farid qui sont toujours a mes cotés

A mes chères belles sœurs : Soraya, Salma, Basma

A tous mes adorables neveux, et nièces (Céline, Yacer, Eline)

A mes proches défunt :(oncles, tantes, cousines) qui ont était toujours présent avec leurs bon conseils, leurs affections et leurs soutiens.

Mon cher et Fidel mari tu as toujours été là a mes cotés que dieu réunissent nos chemin pour toute la vie.

A mes copines Loula, Siham, Khadîdja et Sofia

A toute la famille Slimani et Messaoudi

Tous les êtres chers à mes yeux que je n'ai pas évoqués.

Amel

Dédicace

Je dédie ce modeste travail

A ma mère pour son amour, ses encouragements et ses sacrifices

*A mon père, pour son soutien, son affection et la confiance qu'il m'a
accordé*

«Que dieu vous bénisse ET vous garde »

A mes très chers frères: Mehdi et Fodil

*A toutes mes cousines et cousins en particulier : Chanez, Imene,
Chaïma*

*A mes oncles et tentes et a la mémoire de mes très chères grands-
parents*

A ma très chère copine: Kahina

A ma très chère binôme : Amel

*A tous mes amis (es)sans exception A toutes personnes qui m'ont aidé
près et de loin.*

Sofia

La liste des abréviations

ECSP : Evaluation de la communication Sociale Précoce.

PECS :Picture Exchange System, ou système de communication par échange d'images.

TEACCH :Treatment and Education of Autistic and related Communication HandicappedChildren,ou Traitement et éducation des enfants autistes ou souffrant de handicaps de communication apparentés

TED : Trouble Envahissant du Développement.

TSA :Trouble du Spectre Autistique.

PEP-R:Psycho-Educationnel Profile, ou Profil Psycho-Éducatif (R= révisé).

ABA : Applied Behavior Analysis

TCC : les thérapies cognitivo comportementale

PEP : profil psycho-éducatif

Sommaire

- Remerciement
- Dédicace
- la liste des abréviations
- résumé
- introduction

N°	Partie théorique	P
Chapitre I :le cadre générale de la problématique		
1	Problématique.....	5
2	L'Hypothèse.....	6
3	Le choix de sujet.....	7
4	L'objectif d'étude.....	7
5	Les études antérieures et leurs discussions.....	7
Chapitre II : l'autisme		
	Préambule.....	12
1	Historique.....	12
2	Définition de l'autisme.....	13
3	Les étapes de développements d'un enfant autiste de la naissance jusqu'à 4ans et plus.....	15
4	Les signes cliniques de l'autisme.....	18
5	Les causes de l'autisme.....	25
6	Les types de l'autisme.....	28
7	Les troubles associés à l'autisme.....	30
8	Le diagnostic de l'autisme.....	31
9	Le diagnostic différentiel de l'autisme.....	32
	Synthèse.....	36
Chapitre III : la communication verbale		
	Préambule.....	38
1	Définition de la communication en général.....	38
2	Définition de la communication verbale.....	38
3	Les troubles de la communication.....	40
4	Les facteurs de la communication verbale.....	44
5	Les étapes de la communication.....	45
6	Aider l'enfant a communiqué.....	47
	Synthèse.....	53

Chapitre IV : la prise en charge orthophonique

Préambule.....	55
1 La prise en charge orthophonique.....	55
2 Les objectifs de la prise en charge orthophonique.....	56
3 Les étapes de la prise en charge orthophonique.....	56
4 La prise en charge chez les enfants autistes.....	57
Synthèse.....	74

Partie pratique

Chapitre V: les Démarches Méthodologiques

Préambule.....	76
1 La pré-enquête.....	76
2 La méthode utilisée.....	77
3 Présentation du lieu de la recherche	77
4 L'échantillon de recherche.....	77
5 Les outils d'investigation.....	80
6 Déroulement de la recherche	84
7 Méthodes statistiques utilisées dans l'étude	85
Synthèse.....	86

Chapitre VI : Présentation et discussion des résultats

Présentation et analyse des résultats.....	88
Résultat général.....	91

Conclusion

La liste bibliographique

Les annexes

Sommaire des tableaux

Table	Titre	P
1	Tableau qui représente le lieu et le degré de l'handicap autistique	79
2	Tableau récapitulatif des caractéristiques de l'échantillon d'étude	79
3	démontre le Coefficient de la corrélation du tous les items avec le degré générale de l'outil d'étude (le questionnaire)	82
4	Montre les coefficients alpha cronbach pour l'ensemble des items d'outil d'étude concernant l'expression orale chez les enfants autistes (n=10).	83
5	qui représente les méthodes statistiques utilisées dans l'étude	86
6	Tableau qui représente la moyenne arithmétique et écart-types de l'efficacité de la prise en charge orthophonique pour amélioration de l'expression orale	88
7	Tableau représente les résultats de test T de la réponse de l'échantillon d'étude sur la grille d'observation de l'efficacité de la prise en charge orthophonique dans l'amélioration de l'expression orale chez les enfants autistes et leur degré de l'handicap autistique (léger et moyen).	90

Sommaire des Figures

Figure	Titre	p
1	Secteur qui représente les degrés de l'handicap des enfants autistes	78
2	Diagramme qui représente les degrés de l'handicap des enfants autistes	78

Résumé :

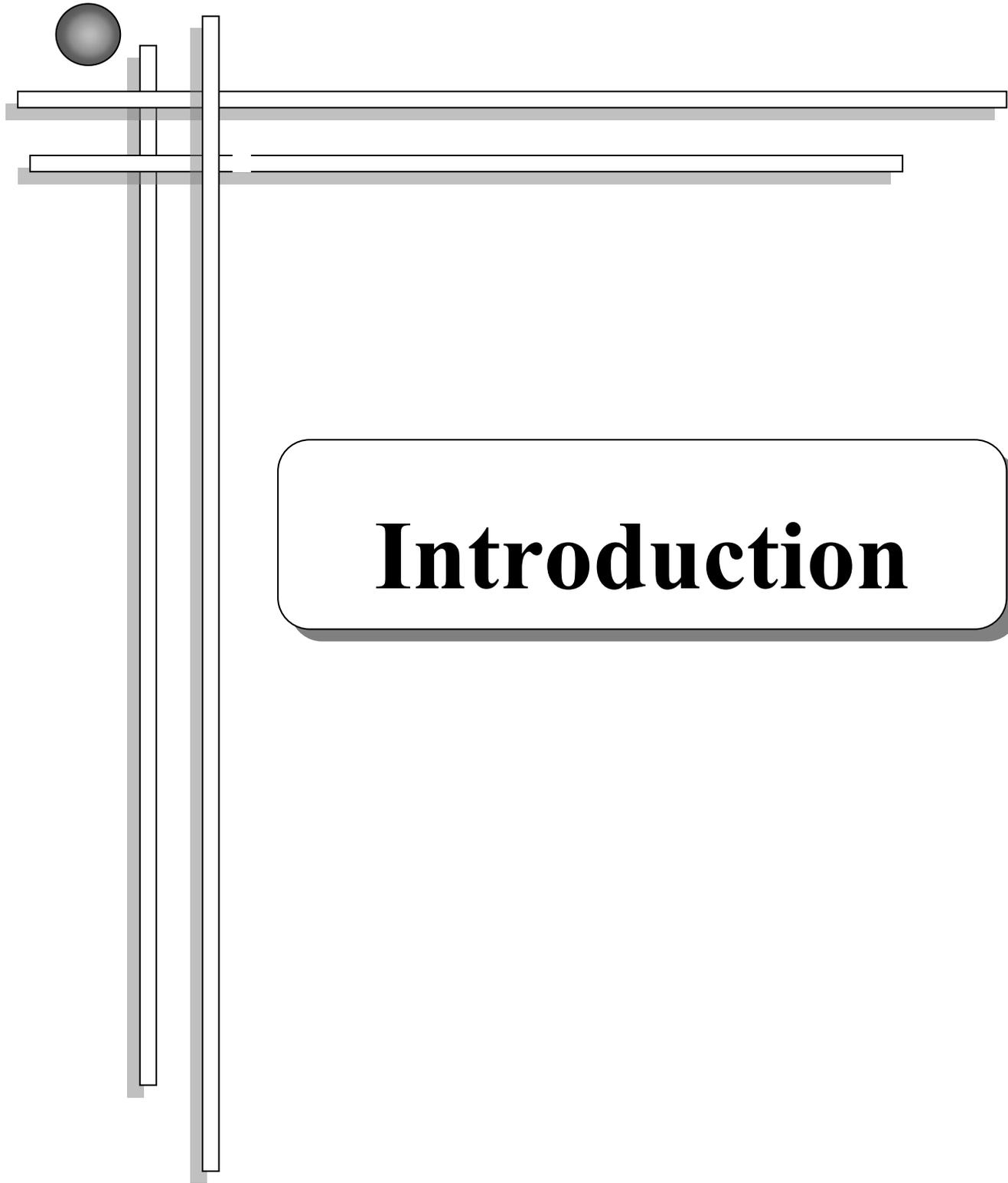
Notre étude visait à chercher l'efficacité de la prise en charge orthophonique sur l'amélioration de la communication verbal chez les enfants autistes a travers l'échantillon d'étude était de (30) cas dans le cabinet de psychologie clinique EL-KSEUR.

Dans notre étude on à utilisée la méthode descriptive pour collecter les données on a utilisé un questionnaire et un guide d'entretien qu'on a créés ,les résultats d'étude nous ont amenés a dire que la prise en charge orthophonique est très efficace dans l'amélioration de la communication verbale chez les enfants autistes , et il y a des différences statistiquement significative dans l'efficacité des programmes de prise en charge orthophonique dans l'amélioration de la communication verbale chez les enfants autistes en raison de la variable du degré de handicap autistique.

Abstract:

The purpose of the study of the effectiveness of speech therapy management on the improvement of oral expression in autistic children, through the study sample was to (30) cases in the clinical psychology practice EL-KSEUR.

In our study using the descriptive method to collect the data we used an observation grid that we created ,the study results led us to say that speech language pathology management is very effective, and there are significant statistical differences in the effectiveness of speech-language pathology management programs in improving oral expression in autistic children due to the degree of autism disability variable.



Introduction

Introduction

Depuis l'existence, l'homme est confronté à des situations de plus en plus menaçantes et que les sociétés précédente ont mal vu tel que l'handicap, ce qui empirait la situation de la personne handicapée, ainsi sa famille, cette dernière vie une blessure narcissique suite à la souffrance de son enfant. Cette famille qui vient de sortir de la sphère de l'enfant imaginaire à la sphère de l'enfant réel, et ce réel est un enfant autiste.

Au-delà commence la souffrance de la famille, qui n'échappe pas à les préjugés de l'entourage et se trouve confronté face à cette situation de condamnation, néanmoins une prise en charge pluridisciplinaire est indispensable pour cet enfant autiste.

Chaque enfant autiste est tellement différent de l'autre devrait être individuelle et il est indispensable de prendre ces enfants en charge plutôt possible, afin de leur donner une possibilité de développer des fonctions qui peuvent compenser les déficits dû à la perturbation dans le développement tant que le cerveau est malléable, ce qui nous pousse à s'interroger sur les modalités privilégiées de la prise en charge d'un enfant autiste.

L'autisme est un trouble développemental débutant avant l'âge de 3 ans. Il touche simultanément : les interactions sociales, la communication à la fois verbale et non verbale, le comportement avec des gestes répétitifs, stéréotypés, des rituels, des intérêts restreints

D'autres troubles existent dans les domaines de la cognition, de la motricité, de la sensorialité, des capacités adaptatives, mais ils ne sont pas retenus dans les critères diagnostiques.

Tout le monde est d'accord que les enfants autistes se caractérisent par un repli excessif sur soi-même, manque de communication et des troubles de comportements. En effet, il entraîne un véritable handicap plusieurs spécialistes, elle est donc pluridisciplinaire tel que pédopsychiatre, psychologue, orthophoniste, psychomotricien, et éducateurs pour une prise en charge, la famille doit être impliquée. C'est un véritable travail d'équipe.

Introduction

L'objectif de notre recherche est l'efficacité de la prise en charge orthophonique dans l'amélioration de la communication verbale chez les enfants autistes.

Pour réaliser notre recherche sur terrain, nous nous sommes basés sur la méthode descriptive pour décrire les différentes méthodes et types de prise en charge pratiquées sur l'enfant autiste pour traiter la communication verbale, et les changements observés en lui. Et parmi les techniques de recherches et d'investigations utilisées dans notre recherche, l'observation et l'entretien.

Notre travail se compose en deux parties qui se divisent comme suite :
La première partie est consacrée à la théorie qui se divise en quatre chapitres

Chapitre 01 : le cadre générale de la problématique

Nous avons présenté la problématique, les hypothèses, les définitions des concepts clés ainsi que les objectifs de notre recherche et les études antérieures et leurs discussions.

Chapitre 02 : l'enfant autiste

Dans ce chapitre nous avons présenté :

L'historique et la définition de l'autisme ainsi la définition de l'enfant autiste et les types et les causes et les signes de l'autisme, les étapes de développements d'un enfant autiste et le diagnostic de l'autisme.

Chapitre 03 : la communication verbale

Définition de la communication en générale et la communication verbale, et les troubles et les étapes de la communication et comment aider l'enfant autiste à communiquer.

Chapitre 04 : la prise en charge orthophonique

Définition de la prise en charge orthophonique et les objectifs et les étapes de la prise en charge orthophonique chez les enfants autistes.

Et la deuxième partie s'est la partie pratique qui composée de deux chapitres :

Chapitre 05: Méthodologie de la recherche

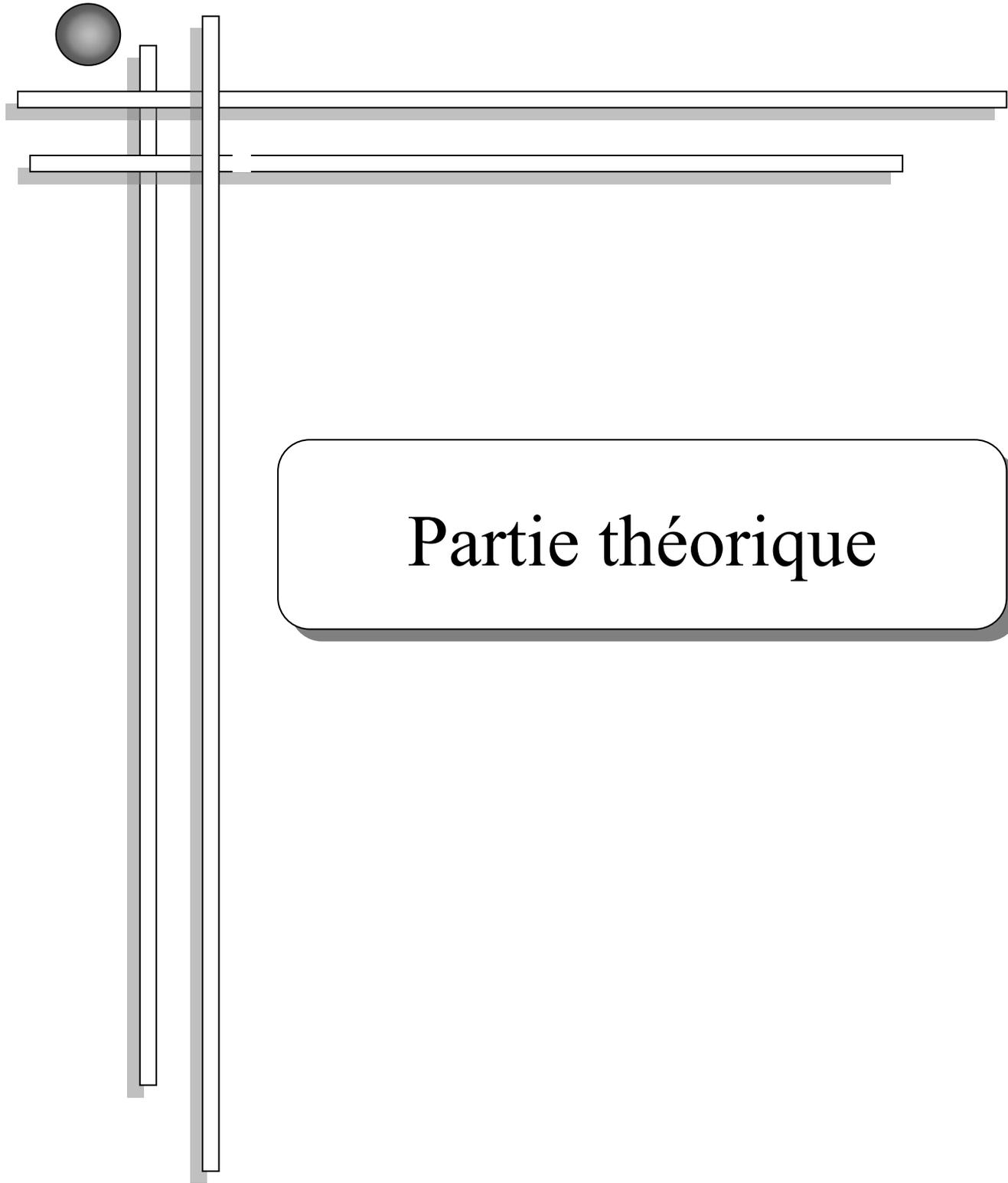
Introduction

Dans lequel on a traité les points suivants : présentation de lieu de recherche, la démarche de la recherche, les outils et l'échantillon d'étude.

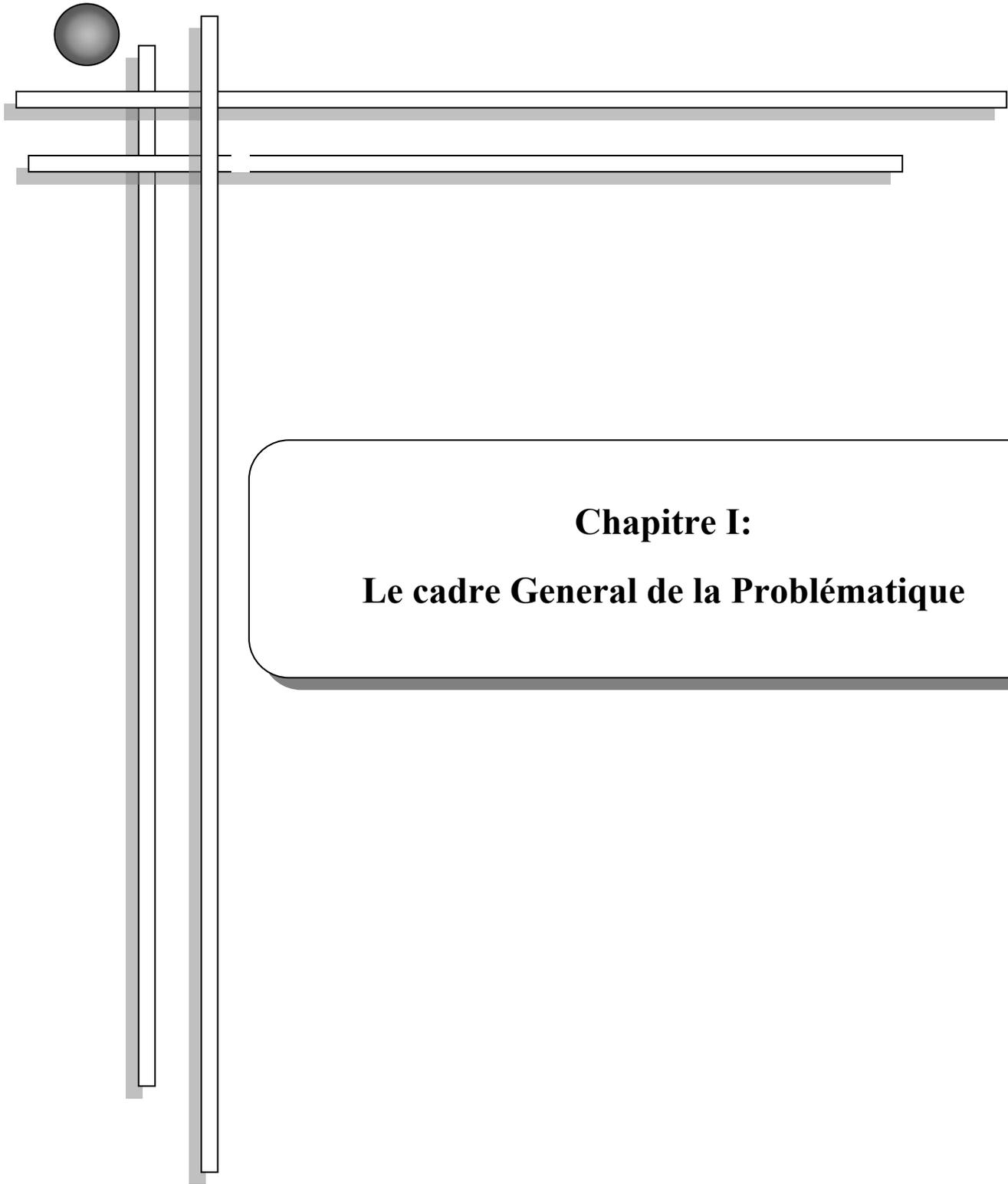
Chapitre 06 : Présentation et interprétation des résultats

Est réservé à l'analyse et l'interprétation des données et la discussion des hypothèses.

Enfin on a clôturé notre recherche par une conclusion.



Partie théorique



Chapitre I:
Le cadre General de la Problématique

1. Problématique :

Des milliers d'enfant naissent partout dans le monde, c'est un heureux événement pour toutes la famille, mais malheureusement certains d'eux sont bouleversés et le sourire s'efface de leur visage dès qu'il remarque que le développement de leurs enfant est différent des autres car ils sont porteurs des troubles handicaps ou des maladies plus au moins grave qui sont à l'origine de la souffrance non seulement de ces enfants aussi de leurs parents et environnement familial et social.

Parmi ces troubles on cite l'autisme qui est considéré comme un repliement sur soi, on constate les troubles de la communication qui est comme des troubles basique qui à leurs tour affectent l'émergence d'autres troubles tels que l'interaction sociale qui touche l'acquisition du langage.

Ces enfants souffrent des problèmes langagière parmi ces difficultés les capacités a comprend la langue parlée est limitée, et leurs bagages linguistique est faible et ils ont des difficultés à exprimé leurs sentiments et leurs émotions lors de la prise en charge orthophonique pendant l'intervention thérapeutique de compétences alternatives pour enrichir leur vocabulaire et il les aident à apprendre d'autres formes de communication et aussi à apprendre certains comportements et compétences sociales, qui réduisent le stress de l'enfant autiste.

Donc l'autisme a été décrit pour la première fois en 1943 par le psychiatre américain Léo Kanner comme un syndrome caractérisé par la précocité de sa survenue, une symptomatologie associant un isolement, une incapacité à se mettre en relation avec autrui, des troubles du langage, des comportements répétitifs et des activités limitées en spontanéité et en variété. Depuis plusieurs décennies, diverses conceptions de ce trouble ont été exposées qui ont amené à des débats et parfois des polémiques quant à ses origines étiologiques pour arriver aujourd'hui à une vision partagée par l'ensemble de la communauté médicale et scientifique internationale de

trouble neurodéveloppemental classé dans la nosographie internationale comme Trouble Envahissant du Développement. L'autisme se caractérise, sur le plan inter individuel, par l'extrême hétérogénéité de la symptomatologie en termes de sévérité, de la présence ou non d'un déficit cognitif associé, et, d'un accès au langage. (Lelord, Sauvage, 1990, p 119)

L'objectif de la prise en charge orthophonique est une approche plus large de la communication, et socialisation étant intimement liées dans le développement de l'enfant: le langage prenant sa valeur de communication dans un processus de socialisation. Même si l'enfant autiste a un jargon ou possède quelques mots ou même s'il parle, un véritable moyen de se faire comprendre et entendre dans ses demandes lui fait bien souvent de faux est à l'origine de trouble du comportement. (carole. & bruno, 2003, p110 et 111)

En Algérie la prise en charge des enfants autistes dans des associations est basé sur les programmes orthophonique pour amélioré l'expression orale et ces comportements, selon les statistiques de Algérie presse service par le ministre de la santé sur les quelques 80.000 enfants autistes en 2018 même si les statistique diffèrent d'une source a une autre.

L'autisme reste la pathologie la plus douloureuse et demeure une maladie méconnue en Algérie, car elle est peu enseignée à l'université et dans les établissements de soin. C'est pour cette raison qu'on a choisi ce thème qui s'intitule « L'efficacité de la prise en charge orthophonique dans l'amélioration de la communication verbale chez un enfant autiste».

De ce fait, nous essaierons de cerner notre problématique en limitant notre champ de recherche à la question suivante :

- ❖ Est- ce que la prise en charge orthophonique est efficace dans l'amélioration de la communication verbale chez un enfant autiste ?
- ❖ Y a-t-il des différences statistiquement significatives dans l'efficacité des programmes de prise en charge orthophonique dans l'amélioration de la

communication verbale chez les enfants autistes en raison de la variable du degré de handicap autistique?

A travers les groupes pédagogiques au sein du cabinet psychologie a el-kseur Bejaia.

2. Hypothèse :

Pour répondre à la question de cette recherche nous avons formulé les hypothèses suivantes :

- ❖ La prise en charge orthophonique elle est très efficace pour améliorer la communication verbale chez les enfants autistes.
- ❖ Il existe des différences statistiquement significatives dans l'efficacité des programmes de prise en charge orthophonique dans l'amélioration de la communication verbale chez les enfants autistes en raison de la variable du degré de handicap autistique.

3. Choix et intérêt du thème :

Parmi les raisons essentielles de cette recherche c'est de :

- ❖ Déterminer l'importance de la prise en charge orthophonique pour améliorer la communication verbale chez les enfants autistes.
- ❖ Connaître les différentes méthodes de la prise en charge orthophonique pour améliorer la communication verbale chez les enfants autistes.

4. L'objectif de la recherche :

Notre objectif c'est comment améliorer la communication verbale chez les enfants autistes, et de connaître les différents programmes de la prise en charge orthophonique, nous essaierons aussi d'orienter les parents et les guider pour s'intégrer leur enfant dans la vie sociale (l'école, contacte avec les autres enfants).

5. les études antérieures :

- **Étude Gibson (2003), intitulée:** «Efficacité d'un programme de langage basé sur le développement des sons du langage pour les enfants souffrant de troubles de la voix et de la parole.» .Cette étude vise à tester l'efficacité d'un

programme de langage basé sur le développement de sons linguistiques pour les enfants. Avec des troubles de la voix et de la parole, sur la base de la simulation et de la simulation parlée par des adultes et leur comparaison avec des enfants normaux. L'échantillon de l'étude était composé de (30) enfants, et le chercheur a construit un programme basé sur le développement de voix linguistiques pour les enfants souffrant de troubles de la voix et de la parole, et les résultats de l'étude ont conclu qu'il existe des différences statistiquement significatives entre les groupes expérimentaux et témoins en faveur du groupe expérimental en raison de l'application du programme proposé.

- **L'étude de Yasser Faris Youssef Khalil (2007):** Intitulée "Un programme de thérapie du langage pour le développement du langage réceptif chez les enfants souffrant de troubles du langage". cette étude vise à développer un programme de thérapie du langage pour développer les compétences linguistiques réceptives chez les enfants souffrant de troubles du langage, sur un échantillon composé de (60) enfants, dans lequel le chercheur a construit l'échelle du langage réceptif et développé un programme de thérapie du langage pour développer un langage réceptif chez les enfants souffrant de troubles du langage. L'étude a conclu qu' «il y a une amélioration dans le développement des compétences linguistique réceptives chez les enfants du groupe expérimental en raison de leur exposition au programme de développement des compétences linguistiques réceptives. »

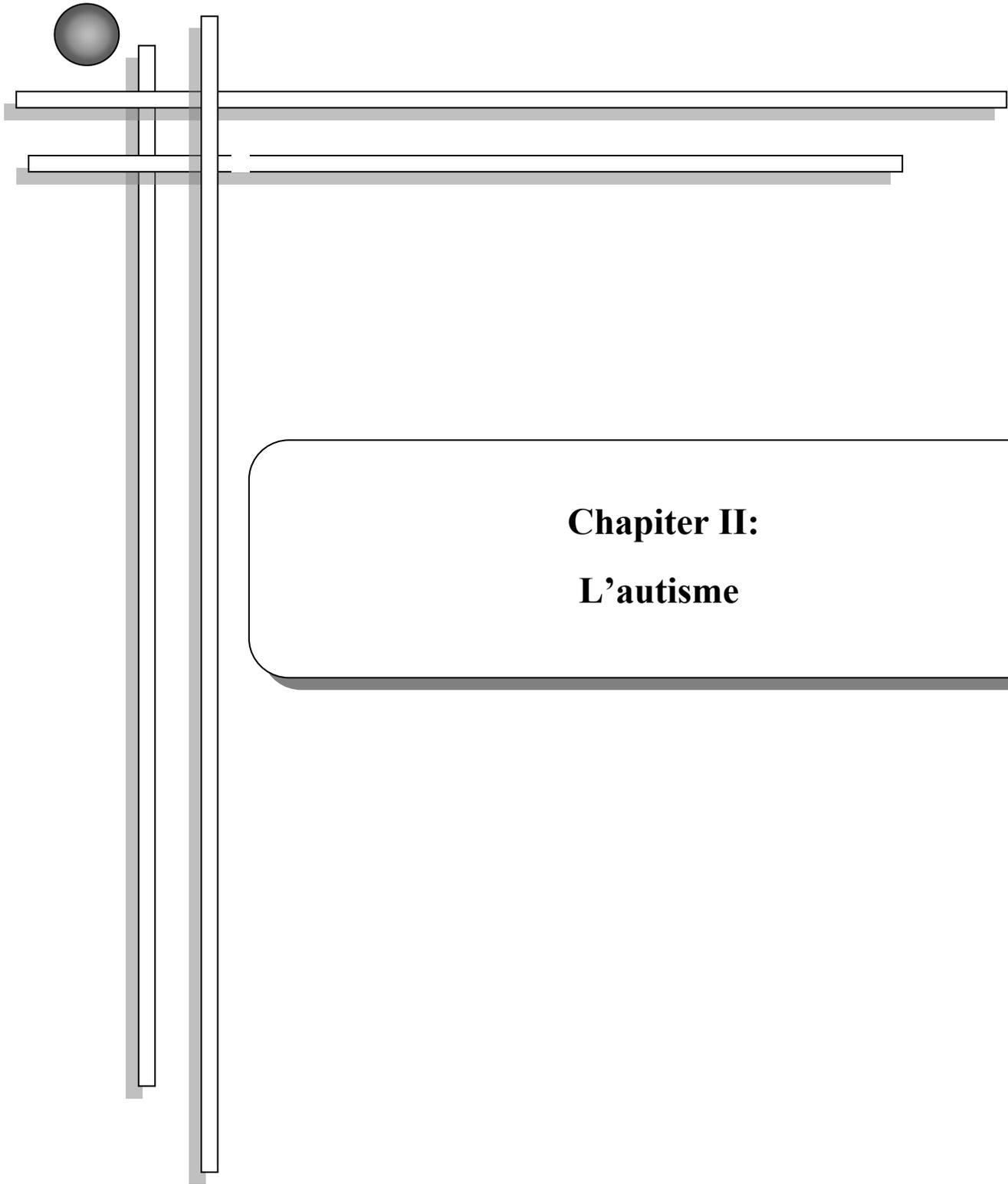
- **L'étude d'Ammar Aoun (2017), intitulée:** «L'importance des techniques de traitement orthophonique dans le développement du langage et des capacités sensori-motrices de l'enfant autiste». Où cette étude vise à mettre en évidence l'importance des techniques de traitement orthophonique dans le développement du langage et sa relation avec l'éducation sensori-motrice chez l'enfant autiste, en recherchant l'efficacité des techniques de traitement orthophonique dans le développement du langage et des capacités sensori-motrices de l'enfant autiste selon aux classes thérapeutiques qui ciblent tous

les membres d'un échantillon d'enfants autistes Dans le centre psychologique pédagogique de la vallée, les techniques de SCHOPLER RECHLERK ont été utilisées, et l'étude a constaté qu'il y avait une efficacité des techniques de traitement orthophonique dans le développement du langage et sa relation avec l'éducation sensorielle du mouvement chez l'enfant autiste en fonction des séances thérapeutiques qui ciblent tous les membres de l'échantillon, et il existe des différences dans le succès du (traitement orthophonique) En fonction de la variable du temps de l'interférence interférente (durée de la blessure).

-étude de yasine kohle ayounou (2018). « L'efficacité des exercices sensori-moteurs pour le développement de la compréhension orale chez les enfants ».L'objectif de cette étude est d'expliquer le degré de l'efficacité des exercices sensori-moteur pour le développement de la compréhension orale chez les enfants « handicapés mentaux » - légère - Pour la réalisation de ces buts, on a pris l'étude de cas comme support pour réaliser cette étude proposé, l'entretien, l'observation, test de compréhension oral O-52 et les exercices proposé – on a utilisé – comme outils de travail, sur un échantillon composé de 04 enfants handicapés mentaux âgés de 6 ans à 8 ans, au « centre psycho- pédagogique des handicapés mentaux » de Ain M'lila Oum El Boughi Les résultats finales de cette études fait ressortir que les exercices sensorimoteur a un effet sur le développement de la compréhension orale chez les enfants handicapés mentaux –légère.

5.1. Commentaire sur les études précédentes: L'objet de recherche de cette étude est en accord avec les études précédentes, en ce qu'elle traite des mêmes objectifs et de la question du développement du langage. Cependant, il diffère avec lui dans les méthodes de son approche en termes de procédures appliquées, de sorte que nous nous sommes appuyés dans notre étude sur le suivi du point de vue de l'équipe pédagogique à travers l'utilisation de l'approche descriptive, alors que les études précédentes se

sont appuyées sur l'approche expérimentale. Selon notre conviction, nous, l'équipe de recherche, et à notre connaissance, nous voyons que cette étude est la première du genre à traiter cette question avec cette approche, qui est représentée par le point de vue de l'équipe pédagogique et analysée statistiquement. Pendant l'année académique: 2020/2021.



Chapter II:
L'autisme

Préambule :

L'autisme est un trouble envahissant le développement qui implique une altération qualitative du développement de la personne sur le plan des interactions sociales de la communication, des comportements et des intérêts stéréotypés qui s'accompagne plus souvent un retard global des acquisitions (motricités ,parole, propreté, apprentissage).

1.L'histoire de l'autisme :

Léo Kanner à décrit l'autisme pour la première fois en (1943) à partir de ses observations, il a présenté les signes caractéristiques des enfants porteurs de cette pathologie. La plupart de ces signes restent encore valables et constituent le tableau d'autisme dans sa forme la plus classique. (Kanner, 1943, P6)

La description initiale de Kanner reposait sur une population de onze enfants et les caractéristiques relevées étaient les suivantes : l'enfant manifeste une incapacité à développer des relations. Il a des difficultés à interagir avec les personnes et manifeste un intérêt plus grand pour les objets que pour les personnes. On enregistre un retard dans l'acquisition du langage. Certains enfants restent sans langage, d'autres l'acquièrent, mais toujours avec du retard. Lorsqu'il apparaît, le langage est utilisé de manière non sociale. Les enfants autistes ont des difficultés à parler de manière adaptée dans une conversation, même lorsqu'ils développent des structures de langage correctes. Le langage comporte des éléments d'écholalie, l'enfant répétant des mots et des phrases. L'inversion pronominale est fréquente, l'enfant utilisant le « tu » à la place du « je » par exemple. Les jeux sont répétitifs et stéréotypés : l'activité ludique est pauvre, dénuée de créativité et d'imagination. Elle se limite à des manipulations d'objets sur un mode répétitif. Il existe un désir d'immuabilité : l'enfant autiste manifeste une grande résistance au changement dans sa vie quotidienne et dans son environnement. La mémoire par ceux est bonne. L'apparence physique est normale et Kanner en avait fait un argument

pour soutenir l'idée que ces enfants avaient une intelligence normale, ce qui a par la suite été remis en question. (Chossy, 2003, P 7)

Plus tard, Kanner a réduit ces signes à deux éléments principaux : la recherche d'immuabilité au travers de routines répétitives et l'isolement extrême, avec début des troubles dans les deux premières années. La réduction à ces deux signes principaux a posé problème car ces critères ne retiennent qu'une forme très particulière d'autisme et ne permettent pas de faire le diagnostic pour toutes les autres formes appartenant pourtant au spectre autistique. (Chossy, 2003, P8)

Si Kanner et Asperger ont choisi le terme « autistique » pour caractériser leurs patients, c'est en référence à « l'autisme », terme préalablement introduit en psychiatrie adulte par Bleuler dès 1911, pour décrire un des symptômes majeurs de la schizophrénie consistant en la perte de contact avec la réalité, le rétrécissement des relations avec l'environnement, et conduisant les personnes schizophrènes à s'exclure de toute vie sociale par un mécanisme de repli sur soi ; d'où le terme « autisme » dérivé du grec autos qui signifie « soi-même ». (Calor& Bruno, 2003, P9)

Actuellement le terme « d'autisme » est utilisé pour désigner un trouble du développement altérant essentiellement les interactions sociales et la communication, contraignant la personne à un retrait du monde social, faute de moyens adaptés pour pouvoir communiquer de façon adéquate. Parler « d'autisme » est pour nous plus approprié que parler « d'autisme infantile », « d'autisme infantile précoce » ou encore « d'autisme de l'enfant ». (Carol, & Brno, 2003, P11)

2. Définition de l'autisme :

2.1. Selon le dictionnaire de la psychologie : repliement excessif sur soi, entraînant un détachement de la réalité et une intensification de la vie imaginative grec. Le terme « autiste » vient du grec « auto » qui signifie « soi-même ». (N.Sillamy, 1999, p31).

2.2. selon le dictionnaire d'orthophonie : autisme: 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 10000 enfants et qui affecte quatre fois plus de garçons que de filles.

2.3. Selon DSM-5 : 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, par exemple, d'anomalie de l'approche sociale et d'une incapacité à la conversation bidirectionnelle normale, à des difficultés à partager les intérêts, les émotions et les affects, jusqu'à une incapacité d'initier des interactions sociales ou d'y répondre. c. Déficiences des comportements de communication non verbaux, utilisés au cours des interactions sociales allant, par exemple, d'une intégration déficiente entre la communication verbale et non verbale, à des anomalies du contact visuel, et du langage du corps, à des déficiences dans la compréhension et l'utilisation des gestes jusqu'à une absence totale d'expressions faciales et de communication non verbale. d. Déficit du développement, du maintien, et de la compréhension des relations, allant, par exemple, de difficultés à ajuster le comportement à des contextes sociaux variés, à des difficultés à partager des jeux imaginatifs ou à se faire des amis, jusqu'à l'absence d'intérêt pour les pairs. (Marc-Antoine Crocq et Julien Daniel Guelfi, 2015, P.55, 56).

• **Définition de l'enfant autiste :** L'enfant se conduit comme s'il était de façon permanente, il se balance, il se berce, se balance d'une jambe sur l'autre, joue avec ses mains, sautille sur la pointe des pieds, tourne sur lui-même

L'enfant autiste, perdu dans ses activités stéréotypées évolue dans un univers privé, qu'il a jalonné de repères mais cet éloignement de notre monde, qui interdit toute fréquentation du milieu scolaire normal si non toute

acquisition intellectuelle, conduit à une situation déficitaire grave et irréversible. (Silamy, 2004, P223)

3. Les étapes du développement d'un enfant autiste de la naissance jusqu'à 4 ans :

3.1. De 0 à 6 mois :

3.1.1. Perception :

- Indifférence au monde ou au monde extérieur.
- Il fut de grand ou anomalie du regard.
- Imperfection du contact visuel ou le strabisme.

3.1.2. Motricité :

- Absence d'attitude anticipatrice.
- Anomalie de la motricité et de tonus (hypotonie, attitude, inhabituelles.)
- Agitation et stéréotypies.

3.1.3. Social :

- Absence de sourire.
- Ne se laisse pas facilement consoler.
- Peu ou pas de démission vocales.
- Peu ou pas de mimiques.

3.1.4. Communication :

- Absence du refus.
- Il apparaît comme s'il n'écoute pas.
- Dérèglement dans le langage primaire.

3.1.5. Comportement :

- Bébé trop calme ou excité (agité).
- Trouble du sommeil et de l'alimentation.

3.2. De 6 mois à 12 mois :

3.2.1. Perception :

- Réaction subjective visuel et auditive.
- Autostimulation visuel et auditif.

3.2.2.Motricité :

- Anomalie des gestes (des signes et comportement bizarre).
- Hypo ou hypertonie générale.

3.2.3.Social :

- Activité solitaire.
- Absence d'intérêt pour les personnes.
- Défaut de contact, ne se laisse pas facilement consoler.
- Peu ou pas de mimiques.

3.2.4.Comportement :

- Utilisation inhabituelle des objets (gratter, froter).
- Habitudes bizarres (jeux de doigts et de main devant les yeux, balancement).
- Hypo ou hyperactivité.

3.3. à 2 ans :**3.3.1.Perception :**

- Il s'intéresse aux objets lumineux.

3.3.2.Motricité :

- Jeux pauvres, retrait.
- Fascination pour des mouvements spéciale du corps, des lumières, des sons.
- Difficulté à évoquer des représentations mentales.

3.3.3.Social :

- Difficulté d'exprimer ses sentiments et comprendre ceux des autres.
- Recherche la solitude.
- Absence de pointage.
- Absence de développement du langage.

3.3.4.Comportement :

- Stéréotypées.
- Absence de jeux de faire semblant.
- Tremblement du corps.

3.4. à 4 ans :

3.4.1.Motricité :

-Mouvements anormale du corps.

-Jeux étrange et inconnu avec les objets. (Juhel, 2003, p48).

3.4.2.Social : Solitude, retrait, ne cherche pas le réconfort, même quand il est malade, blessé ou fatigué, évite le regard d'autrui ; pas conscient de la présence d'autrui, n'utilise pas les jeux symbolique, ne manifeste pas d'imagination dans les activités réaction non conventionnelle face à l'émotion de l'autre.

3.4.3.Communication : Retard ou absence dans le développement du langage compréhension amoindrie du langage ; absence de gestes appropriés ; tendance à répéter ce qu'on lui dit ; façon inhabituelle de parler (voix atone, arythmique, criarde ou chantante).

3.5.4.Comportement : Manipulation étrange des objets (alignement ou pivotement) mouvement inhabituelle du corps (battement rapide des mains, cognement de la tête) ; attachement à des objets inhabituels ; actes routinier déraisonnables ; difficulté dans l'apprentissage de propreté.

3.5. 4ans et plus :**3.5.1.Motricité :**

-Diminution de l'équilibre.

-Position de marche spéciale marche sur la pointe des pieds.

3.5.2.Social : Traite les autres comme des objets, ne joue pas avec les autres ; peu ou pas de réactions émotive ou de réaction inhabituelles ; réagit de façon négative aux marques physiques d'affection, ne comprend pas les conventions sociales. (Juhel, 2003 ,49).

3.5.3.Communication : Langage expressif limité ; usage rare ou nul des gestes appropriés, usage impropre des pronoms, des énonces, des répétitions, des remarques des autres, difficultés à l'égard du langage abstrait.

3.5.4. Comportement : Préoccupation pour un sujet d'intérêt unique ou pour plusieurs sujets restreints ; besoin excessif de répétitivité et de constance, attachement à des objets ; fascination devant des objets qui tournoient, besoin de routine ; aime les tâches impliquant l'usage machinal de la mémoire (répétitions de dates, de liste, de questions, langage souvent hors de propos) (juhel, 2003, p50).

4. Les signes d'alerte absolus et clinique de l'autisme :

- Absence de babillage à 6 mois.
- Absence de gestes (pointage, au revoir de la main,...) à 12 mois.
- Absence de mots à 16 mois.
- Absence de combinaisons de deux mots spontanées (pas seulement écholaliques) à 24 mois.
- N'importe quelle perte de compétences (de langage ou social) tout âge.
- Absence du contact oculaire.

L'autisme touche précocement toutes les fonctions d'adaptation et il se caractérise par un ensemble de signes cliniques présents dans les trois domaines essentiels qui sont l'interaction social, la communication, et les intérêts restreint et comportements.

4.1. Anomalies qualitatives des interactions sociales : Les anomalies touche particulièrement les comportements non verbaux utilisés classiquement pour entrer en contacte avec les autres. Les signaux non verbaux qui permettent de régler l'interaction sont absents ou ne sont pas utilisée correctement 'utilisation du regard est régler souvent déviante : le contacte oculaire est absent, le regard transfixion(le regard semble traverser l'interlocuteur), ou le regard périphérique (la personne regarde de coté), et le regard n'est pas coordonné avec les autres signaux sociaux. Les mimiques sociales sont appauvries ou exagérées et peuvent sembler peu adaptées au contacte : par exemple, l'enfant rit sans que l'on comprenne pourquoi ou alors il sourit on regardant un rayon lumineux et ne sourit pas quand on lui parle ou lorsque

l'on cherche à attirer son attention. Les stimulations physiques permettent souvent d'activer l'engagement social et cela peut être trompeur. L'adulte qui stimule l'enfant en le balançant ou en le faisant tourner obtient momentanément le contact visuel et des mimiques de plaisir qui répondent en fait aux stimulations physiques plus qu'à la présence sociale de l'adulte. L'expression gestuelle est appauvrie. Les gestes (ex : pointe du doigt), lorsqu'ils existent, sont rarement utilisés dans un but social de partage d'intérêt ou de demande d'aide. L'enfant pointe en direction de l'objet convoité mais ne cherche pas le regard de l'adulte.

L'enfant est donc isolé, ne cherche pas le contact des autres et particulièrement des enfants de son âge. Ne parvient pas à développer de jeux sociaux avec les autres enfants et ne s'adapte pas aux situations de groupe. Lorsque l'intérêt social se développe pas à maintenir l'échange durablement. L'interaction sociale avec les adultes peut-être meilleure dans la mesure où ceux-ci s'ajustent à l'enfant et facilitent donc la situation pour lui. (Chossy, 2003, p23).

4.2. Anomalie de la communication : Il existe un retard d'acquisition du langage. Certaines personnes autistes n'atteignent jamais le niveau de l'expression verbale (50%). Dans tous les cas l'enfant n'utilise pas spontanément d'autres modes de communication (gestes, mimiques) qui lui permettraient de compenser le problème de langage.

Le langage n'est pas bien compris, surtout lorsqu'il est plus abstrait, lorsqu'un langage apparaît, il se développe en générale tardivement, et comporte des anomalies :

-Echolalie immédiate :

L'enfant répète en écho ce que l'adulte dit. Il peut par exemple répéter une question qui lui est posée au lieu d'y répondre. L'adulte demande : « tu veux boire ? » Et l'enfant dit : « tu veux boire ? » au lieu de fournir une réponse.

Cette absence des pronoms et confusion entre le « je » et « tu » montre que la fonction d'outil de communication que le langage n'est pas compris.

-Echolalie différée :

Des mots ou phrases qui ont capté l'attention de l'enfant dans une situation donnée vont être répétés dans un autre contexte ou ils n'ont pas de sens. Par exemple ; l'enfant répète inlassablement une phrase entendue aux informations télévisées : « demain il fera beau ».

-Utilisation idiosyncrasique du langage :

L'enfant utilise des mots ou expression qui lui sont propres. L'expression verbale peut comporter des anomalies du rythme de l'intonation et du volume.

Même lorsque le langage est élaboré, il est peu utilisé socialement : la personne autiste imite peu de conversation à caractère purement social (pour le plaisir de bavarder) et a du mal à soutenir une conversation qui ne concerne pas directement ses propres intérêts.

Les conduites d'imitation à caractère social se mettent difficilement en place, les jeux symbolique de « faire semblant » sont absents ou apparaissent tardivement. Lorsqu'ils sont appris à partir de répétition avec un adulte, ils gardent un aspect plutôt répétitif et peu créatif. Par exemple l'enfant a appris à donner à manger à la poupée et il ne pourra pas varier de comportement. Il continue à donner à manger quand on veut lui faire mimer le comportement de donner à boire. (Chossy, 2003, p24).

4.3.L'intérêt restreint, comportements répétitifs : L'enfant oriente son intérêt vers un objet ou un type d'objets à l'exclusion des autres. Le plus souvent les objets qui retiennent ainsi son attention sont utilisés dans des activités répétitives : objets ronds que l'enfant fait tourner, brindille qu'il agite devant ses yeux, agitation de ficelles, transvasement d'eau ou de sable c'est parfois seulement une partie de l'objet qui capte l'attention. Par exemple, seule la roue de la petite voiture intéresse l'enfant qui la fait tourner au lieu de

jouer à faire rouler la voiture, ou alors l'enfant s'absorbe dans l'ouverture et la fermeture répétitive de la portière.

Les activités répétitives concernent ainsi le corps. On peut observer des balancements, des postures anormales ou des mouvements des mains ou des bras. Postures et mouvement complexes du corps peuvent se combiner surtout dans les formes sévères d'autisme.

L'enfant peut par exemple poser la tête au sol et se balancer dans cette position, s'enrouler dans les pieds d'un meuble dans une posture que d'autres jugeraient inconfortable, se glisser dans un endroit où son corps sera comprimé.

Les changements sont mal supportés et l'enfant affectionne les activités routinières. Il peut insister pour utiliser le même itinéraire ou pour que l'on fasse les choses de la même manière.

A côté de ces troubles qui constituent les critères principaux de diagnostic, d'autres anomalies peuvent être relevées. (Chossy, 2003, p25).

4.4.autres signes : A côté de ces troubles qui constituent les critères principaux de diagnostic, d'autres anomalies peuvent être relevées. Dans l'examen clinique de l'enfant de nombreux signes qui n'appartiennent pas à proprement parler aux critères de diagnostic de l'autisme sont fréquemment évoqués.

4.4.1.Retard de développement : Dans l'enfance, et avant que l'ensemble des troubles n'ait été identifié et rattaché au tableau d'autisme, des problèmes non spécifiques sont fréquemment relevés. Le retard de développement psychomoteur, quoique non systématique se rencontre avec une fréquence non négligeable. On peut relever un décalage dans l'acquisition du maintien de la tête, de la situation assise et de la marche. L'éveil à l'environnement est tardif. Le retard dans la mise en place d'un langage fonctionnel est relativement constant.

4.4.2.Des problèmes moteurs : Des signes tels que l'hypertonie ou l'hypotonie, des anomalies discrets sur le plan postural, et des problèmes de coordination peuvent déjà être décelés précocement, les troubles se situent dans le domaine de la motricité globale comme dans celui de la motricité fine et les perturbations touchent à la fois la motricité instrumentale qui permet l'adaptation à l'environnement, et la motricité de la relation qui participe à la communication par les gestes et les postures. (Rogé ,1991 ;Leary et Hill ,1996).

Au niveau de la motricité global, que le rythme de développement a été affecté au départ ou non, le maintien et les déplacements présentent ensuite des particularités. Les mouvements peuvent être pauvres, ralentis ou différés dans leurs exécution avec en particulier des difficultés de démarrage du geste. Les problèmes d'initiative sont également fréquents, l'enfant ne produisant pas un geste dans le contexte ou il serait adapté alors qu'il peut très bien, réaliser par ailleurs. Des postures particulières peuvent être observées comme par exemple la tête inclinée sur l'épaule. Dans les déplacements sont notées des anomalies comme le positionnement des bras en flexion ou en extension, le mouvement d'accompagnement de la marche étant inexistant où se produisant à contretemps. La marche sur la pointe des pieds qui peut être observée dans le paradoxal développement normal, subsiste à un stade ou elle devrait avoir disparu. Des mouvements stéréotypés peuvent interférer avec le mouvement et rythmer les déplacements. Quoique fréquente, l'incoordination motrice n'est pas la règle .On enregistre parfois une aisance à ce niveau, l'enfant étant alors capable d'adopter des postures à la limite de la rupture d'équilibre, d'escalades des obstacles et des compétences qui se situent largement au dessus de son âge.

Le niveau d'activité est parfois fluctuant chez un même enfant. Dans le domaine de la motricité, les problèmes de la coordination peuvent entraver la manipulation des objets.

La latéralité s'établit tardivement. Elle se définit plus souvent à gauche ou reste indéterminée et les deux mains ont du mal à se coordonner dans une activité complémentaire. La négligence d'une main est observée. Certains sujets sont par contre capables de réaliser des manipulations fines d'une rare précision.

Au niveau facial, la mobilité est souvent réduite. Les mimiques faciales sont pauvres et peu ajustées au contexte social. On observe ainsi des crispations, des mouvements parasites, des expressions faciales sans rapport apparent avec la situation, ou d'une intensité normale. (Chossy, 2003, p28).

4.4.3.Des problèmes sensoriels : La sensorialité comporte elle aussi de multiples anomalies d'apparitions précoces. Ces signes sont souvent très marqués avant l'âge de 6 ans. Les perturbations concernent généralement toutes les modalités sensorielles. Elles se manifestent par des réactions atténuées, voire absentes, ou au contraire par des réponses exagérées s'accompagnant de réactions d'évitement, et par des conduites entraînant une autostimulation par rapport à des sources extérieures ou par rapport à la mobilisation du corps.

Certains enfants présentent des réponses dominées par l'hyperréactivité, dans la plupart des cas, les deux types de fonctionnement excitent chez un même sujet et c'est donc la fluctuation des réponses qui caractérise le mieux le comportement.

Les récits autobiographiques livrés par des personnes atteintes d'autisme de haut niveau ont permis de confirmer l'existence de troubles sensoriels avec notamment une hyperactivité à certains stimuli ou au contraire une extrême sensibilité à des états de panique, rassemblement liés à des situations incompréhensibles ou à des sensations difficiles à intégrer dans une perception cohérente de l'environnement. (Chossy, 2003, p29).

4.4.4.Trouble du sommeil :

-Les troubles du sommeil sont pratiquement la règle.

-L'enfant reste éveillé longuement ou se réveille dans la nuit.

-Le comportement est alors variable d'un sujet à l'autre. Les périodes d'insomnie peuvent être accompagnées d'une détresse que rien ne peut consoler. Mais l'enfant peut aussi rester les yeux ouverts de longues heures sans se manifester. Il est alors complètement passif ou présente des stéréotypies telles que des balancements accompagnés ou non de croup manie (il se tape la tête) et de vocalisations elles aussi répétitives. (Chossy ,2003, p27).

4.4.5.Troubles de l'alimentation : Des perturbations de l'alimentation sont également répondues. Elles peuvent être très précoce, l'enfant étant d'emblée très passif au moment de la tétée et ne présentant pas les réactions de succion. Plus tard il peut résister à toute modification, notamment au moment du passage à l'alimentation solide. Enfin, il peut manifester des préférences marquées pour une gamme très étroite de nourriture et ritualiser la situation de repas par l'usage d'objets spécifiques, soit par des choix très précis de produits identifier parfois par le goût mais aussi très souvent par l'emballage. (Chossy, 2003,p27).

4.4.6.Problèmes dans l'acquisition de la propreté : L'acquisition de la propreté est généralement problématique. Des cas d'apprentissage instantané et brutal se rencontrent. Dans ce cas, l'enfant devient propre du jour au lendemain, ce qui contraste curieusement avec d'autres domaines dans les quels son développement est des troubles retardé. Mais la majorité des cas, le contrôle est difficile à établir et ceci pour différentes raison. Il existe fréquemment des troubles du transit avec diarrhée ou constipation rebelle.

Ces anomalies peuvent être renforcées par des habitudes alimentaires peu adaptées. L'enfant peut aussi être indifférent à l'égard des signaux en provenance de son propre corps, soit qu'il ne les perçoive pas, soit qu'il ne n'en intègre pas le sens. L'éventualité de celles douloureuses est également à envisager, surtout dans le contexte d'une constipation, l'enfant présente par

ailleurs les signes d'une hypersensibilité au niveau des muqueuses. Enfin, des peurs spécifiques liées aux toilettes, des rituels ou des intérêts stéréotypés comme le fait de tirer la chasse d'eau parasitent parfois fortement l'apprentissage de la propreté. (Chossy, 2003, p207).

4.4.7.Troubles émotionnels : Ils sont fréquents dans le développement avec notamment de manifestations d'anxiété, avec l'âge, les manifestations anxieuses s'estompent le plus souvent. Dans certains cas cependant, les manifestations phobie-obsessionnelles s'installent durablement et s'amplifient, des éléments dépressifs apparaissent, surtout à partir de l'adolescence et avec la prise de conscience des difficultés. (Chossy, 2003,30).

5. les causes de l'autisme :

Tout le monde est d'accord sur le fait que l'autisme est le syndrome d'un groupe de patients dont les problèmes apparaissent semblables, bien qu'ils puissent avoir des causes différentes. Un facteur ou une combinaison de facteurs peuvent induire l'autisme. La question la plus fréquente chez les parents ayant un enfant autiste est ; pourquoi notre enfant est-il un autiste ? Qu'est-ce qui a provoqué l'autisme de notre enfant ?

Jusqu'à ce jour l'autisme reste encore une énigme sur le plan étiologique, les chercheurs en Épidémiologie en génétique et en neurologie ont permis de mettre en évidence des facteurs de risque mais ces derniers ne signifient pas causes car cela désigne un agent qui entraîne systématiquement un effet prédictible on peut distinguer deux facteurs de risques.

Les facteurs endogènes qui sont les facteurs génétiques et les facteurs exogènes ou Facteurs environnementaux.

5.1.Les facteurs génétiques :

Les recherches génétiques ont été suggérées par Kanner lui-même puisqu'en 1954 il pose la question de l'existence d'un trouble constitutionnel ou génétique de l'autisme ayant par conséquent un défaut de relation entre

enfant et le monde environnant. Depuis, des études ont partiellement confirmé 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 qui ont en commun la totalité de leur patrimoine génétique) et dizygotes (faux jumeaux, qui n'ont en commun que 50% de leur patrimoine génétique, comme les frères et les sœurs d'une fratrie).

Ces études ont en effet 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 des trouble apparentés.

En revanche, pour les faux jumeaux, lorsque l'un des enfants atteint d'autisme, le risque pour l'autre d'être lui aussi atteint tombe à environ 4%. De même, les études familiales montrent que dans une famille où il y a un enfant d'autiste, le risque pour les frères et les sœurs (apparentés au premier degré) d'être aussi atteints d'autisme ou de trouble autistique est d'environ 4%. (Carol, Bruno, 2003, p 59).

Parmi les causes possibles de l'autisme, un virus et /ou d'autres traumatismes peuvent se combiner avec une vulnérabilité génétiquement prédéterminée. Un exemple très connu est celui de la poliomyélite qui, pendant longtemps, a été considérée comme une maladie héréditaire avant la découverte des virus. Après cette découverte, donc si la population dans son ensemble était exposée au virus, seuls étaient atteints ceux qui avaient un manque dans la résistance génétiquement déterminé.

Une situation semblable (une résistance atténuée) pourrait exister chez certaines familles, qui ainsi, auraient des enfants autistes. Par conséquent, l'enfant génétiquement vulnérable aurait un cerveau lésé par un virus ou un

manque d'oxygène pendant la grossesse, ou tout autre traumatisme, et deviendrais autiste, tandis que ses frères et sœurs, non vulnérables sur le plan génétique, résisteraient à de tels traumatismes.

Actuellement cette hypothèse qui paraît intéressante, lors d'étude des facteurs sanguins des familles comptant deux ou plusieurs enfants autistes avec, en même temps un autre enfant normal. (Ritvo, Laxer, 1984, p34).

5.2. Les facteurs environnementaux : Ici les facteurs environnementaux sont considérés au sens large, il s'agit de passer en revue les événements de l'environnement prénatal du fœtus de l'environnement postnatal du nourrisson qui a pu contribuer à l'apparition d'un syndrome autistique. Ces facteurs environnementaux certains sont de nature organique, et certains sont de natures psychologiques.

a) Facteurs anti-conventionnels :

Les études en épidémiologie ont permis de trouver parmi les mères d'enfants autistes, des femmes étant exposées dans le cadre de leurs professions à des agents chimiques toxiques avant la conception de l'enfant. (Carol, Bruno, 2003, p 61).

b) Facteurs anténatals :

- La contamination de la mère par des agents infectieux (virus rubéole ou cytomégalovirus) pendant la grossesse ;
- La survenue d'hémorragie utérines et de menace de fausse couche centrée sur le deuxième trimestre de la grossesse ; et
- La dépression maternelle pendant la grossesse et après la naissance.

c) Facteurs prénatals :

- L'état de la souffrance de nouveau-nés ayant entraîné une mise en couveuse ; et
- Une prématurité ou une post-maturité.

Ces deux facteurs semblent plus fréquents dans les antécédents d'un enfant autiste.

d) Facteurs postnatals :

Une infection postnatale par des virus de l'herpès de la rougeole ou des oreillons semble impliquée dans certains cas d'autisme, d'autre part une carence environnementale majeure sur les plans éducatifs et affectifs que certains enfants subissent. (Carol&Bruno. 2003, p63).

6. les types de l'autisme :

Ces troubles envahissants du développement se présentent sous différents formes.

6.1. L'autisme infantile : Dans sa forme typique, l'autisme infantile précoce associé plusieurs difficultés. C'est d'abord un déficit de la communication, le langage peut être absent, ou s'il existe se limite à quelques mots. Quand il se développe d'avantage, il reste, à la fois dans sa musique et dans sa structure. La voix est mécanique sans nuances. Le sujet de la phrase est longtemps absent.

Même quand la syntaxe devient normale, le langage garde un caractère concret, avec peu de métaphores, des substantifs manifeste ou de verbes pris dans leur sens premier. Le locuteur autiste manifeste souvent son incompréhension devant des hyponymies et des jeux de mots.

Englués par fois dans les phrases répétitives, reprises de l'entourage ou empruntées à des dessins animés ou a des clips publicitaires télévisés, répondant souvent en écho, il peu produire des néologismes ou des déformations, qui donnent à sa parole les caractères d'un idiome personnel, parfois difficile à comprendre la communication verbal est également perturbée. L'enfant, qui a pu inquiéter ses parents des sa naissance en ne réagissant pas lorsqu'on s'approche de lui, tard désigner un objet pour attirer l'attention d'un tiers. Il exprime peu ou à contretemps ses émotions.

A ces difficultés de communication s'adjoignent des troubles de la socialisation. L'enfant s'isole, ne prend pas l'initiative d'une demande, ne répond pas aux sollicitations, semble redouter le contact physique ou le

simple adresse vocale fuit l'échange visuel. Ne cherchant pas spontanément de réconfort lorsqu'il est dans une situation personnelle de détresse, il paraît indifférent à l'expression par un autre d'un malaise quelconque. Il interagit socialement, comme s'il peinait à comprendre ce que son interlocuteur attend de lui et à se représenter les pensées et les sentiments d'autrui. Il est plus à l'aise avec les choses qu'avec les gens. (Hochmann, 2009, p26).

6.2.L'autisme atypique : L'autisme atypique est forme particulière des troubles envahissants du développement. La maladie ressemble beaucoup aux symptômes de l'autisme infantile, à savoir des troubles sociaux, de la communication et la manifestation de centres d'intérêt très restreints. Mais il est dit atypique car il ne réplique pas tous les critères cliniques qui permettent d'établir l'autisme infantile. Ainsi la maladie se manifeste au-delà de trois ans ou bien l'un des troubles caractéristiques n'est pas considéré comme suffisamment sévère. Cette pathologie se déclare souvent chez des enfants accusant un important retard mental. (Bertrand, 2003, p33).

6.3. Le syndrome de Rett : Trouble décrit principalement chez les filles. Il se caractérise par une première période de développement apparemment normale, suivie d'une perte partielle ou totale du langage et de la motricité fonctionnelle des mains, associée à une cassure du développement de la boîte crânienne. Le début de ce type de trouble se situe entre 7 et 24 mois. Les signes les plus caractéristiques sont la perte de la motricité volontaire des mains. L'apparition de mouvement stéréotypé de torsion des mains, et l'hyperventilation. (Ibid 2003, p34).

6.4.Le syndrome d'asperger : Trouble de développement dans lequel se retrouvent des anomalies qualitatives des interactions sociales réciproques qui ressemblent à celles qui sont observées dans l'autisme. Les intérêts restreints et les activités réceptives, stéréotypées sont également présents. Par contre, le développement cognitif et le développement du langage sont de bonnes qualités. Une maladresse motrice est souvent associée. (Rogé, 2003, p28).

7. Les troubles associés à l'autisme :

7.1.Epilepsie : Dans certains cas, l'épilepsie précède l'apparition d'un syndrome autistique, dans d'autres cas, l'épilepsie apparaît après quelques années d'évolution d'un syndrome autistique, et l'épilepsie touche de 30% à 50 % des cas autiste.

7.2.Déficiences sensorielle : Dans la plupart des cas, le syndrome autistique semble secondaire à l'atteinte sensorielle, il se greffe sur un handicap de la communication. Ainsi, la correction chirurgicale précoce (avant la troisième année) de certains troubles visuels congénitaux sévères s'accompagne d'un tableau comportemental autistique, permet de faire régresser en tout ou partie ce tableau autistique. (Tardif, 2003, p67-68).

7.3.Déficiences intellectuelle : Cette déficience intellectuelle globale est liée au fait que les personnes autistes échouent massivement aux épreuves testant le développement du langage.

7.4.Troubles obsessionnels-compulsifs (TOC) : Ces deux types de troubles auraient une origine physiopathologique comme impliquant probablement la voie sérotoninergique.

7.5.Hyperactivité : Ces deux pathologies pourraient partager une origine physio-pathogénique commune.

8. Le diagnostic de l'autisme :

Il est important de détecter rapidement l'autisme chez l'enfant, En effet, ceux qui travaillent au près des enfants autistes constatent des différences notables entre les enfants soumis à une intervention professionnelle précoce et ceux qui ne l'ont pas été. Grâce au diagnostic précoce, les parents comprennent plus tôt pourquoi leur enfant présente un comportement si inhabituel et peuvent réagir plus vite et d'autant plus efficacement à la situation.

Un nouveau né comprends spontanément ce que sa mère exprime quand elle lui sourit, lui tend les bras et le câlin, le message de tendresse est immédiatement reçu par l'enfant, un bébé autiste ne manifeste aucun intérêt pour son environnement, ne tend pas les bras, ne cherche pas le regard. A ses yeux, tout a la même valeur : sa mère, un joué ou le papier peint fleuri de sa chambre.

On remarque, au cours des trois premiers mois, de légers troubles alimentaires chez le bébé autiste : il ne tete pas bien, s'alimente difficilement. De plus, on observe des troubles de sommeil, des insomnies au cours desquelles il est très agité, a des mouvements allant jusqu'à se frapper, ou d'autres durant lesquelles il regarde les yeux ouverts, ne bouge pas et ne dort pas.

Bien des enfants éprouvent des difficultés à s'alimenter et à dormir sans pour autant être autiste : c'est l'ensemble des symptômes qui permettra de dépister un autisme précoce. En effet la persistance, l'intensité, le regroupement et signes apparus parfois très tôt et leur évolution dans le temps vont permettre de faire un bilan menant à un diagnostic d'autisme.

Des troubles psychomoteurs très précoces ont été observés chez l'enfant autiste. Quand sa mère le prend dans ses bras, il a une attitude de « poupée de chiffon », il ne s'agrippe pas. Il est hypotonique et passif, il n'arrive pas à entrer en communication avec l'adulte. Etablie avec lui un contrat visuel ou auditif s'avère très laborieux, très difficile. Il peut rester dans son lit, pendant de longs moments, à regarder des objets qui l'entourent, mais sans saisir son ours en peluche pour jouer, ni aucun des objets que les enfants aiment habituellement manipuler et avec les quels ils aiment jouer. (Juhel, 2003, p41-42).

9.Diagnostic différentielle :

Le diagnostic de l'autisme repose sur un ensemble de signes comportementaux et sur l'histoire du développement. Dans une première

approche, le clinicien va donc recueillir les informations, le plus souvent à partir d'un entretien avec la famille et à partir de l'observation de l'enfant. Mais la confirmation du diagnostic est obtenue par des échelles standardisées qui ne permettent pas d'apprécier la nature et l'intensité des troubles et de déterminer avec précision à quelle catégorie diagnostic appartient l'enfant porteur d'un trouble du spectre autistique. (Chossy. 2003, p37).

Etablir un diagnostic de l'autisme est une tâche complexe qui exige temps et compétence de la part de nombreux professionnels ne doivent pas oublier qu'il est nécessaire d'avoir la même compréhension du handicap, sinon leurs efforts n'aboutiront pas. Avoir vu en consultation une demi- douzaine ou une douzaine de cas ne permet pas faire plus facilement le diagnostic, car tous les cas peuvent être très différents les uns des autres. (Ritvo. Laxer.1983, p32).

Il est rare de nos jours de découvrir un autisme dans sa forme complète (retrait autistique, recherche d'immuabilité, stéréotypies, absence de langage), telle que Kanner l'avait décrite.

La question du diagnostic précoce de l'autisme infantile renvoie à certains débats sur les origines de l'autisme : s'agit-il d'une affection innée qu'il importerait de détecter le plus tôt possible afin d'espérer mieux la soigner, ou s'agit-il d'un processus évolutif dit « autistisant » dont il faudrait identifier les premiers signes afin d'en infléchir l'évolution vers l'autisme ?

Quoi qu'il en soit certains signes observables chez les nourrissons doivent attirer l'attention. Mais il convient de rester prudent ! tous ces signes n'auront de véritable signification que dans la relation interactive de l'enfant avec son entourage. Un signe isolé n'a aucune valeur s'il n'est associé à aucun autre, s'il est observé en dehors de tout contexte ou encore s'il s'inscrit dans un contexte immédiat particulier évident (événement personnel familial notamment, comme par exemple une séparation prolongée avec le milieu habituel, quelle qu'en soit la cause) qui fera d'avantage évoquer un problème

réactionnel, qui, par définition, ne dure pas contrairement aux signes autistiques.

Il faut par ailleurs souligner que ces signes d'alerte peuvent tout à fait passer inaperçus, surtout s'ils sont discrets et qu'il s'agit d'un premier enfant, les parents n'ayant pas de points de repères par rapport à une fratrie. (Mazet, Coll, 2001, p15).

Ce processus de diagnostic doit comprendre idéalement ; un diagnostic clinique et médical effectuée par le pédopsychiatre au moyen des classifications et des échelles de spécification des troubles et complété par des explorations fonctionnelles a visée étiologique (biochimique, physiologiques, biologique, génétiques) un bilan développementale réalisé par le psychologue à partir de l'observation approfondie de l'enfant dans divers contextes, des entretiens familiaux avec recueilles des données anamnestiques(éventuellement accompagné du la visualisation de films familiaux réalisés au des premières années de vie de l'enfant),et des outils psychométriques adaptés(tests, questionnaire, épreuve),un examen du langage par un orthophoniste ou le phoniatre ;un bilan de la motricité fine, globale et des coordinations par le psychomotricien, si nécessaire en fonction du niveau de l'enfant de son projet individualisé spécifique, un bilan pédagogique et d'autonomie personnelle et collective par un instituteur et un éducateur spécialisé.

Aujourd'hui le diagnostic d'autisme est établi entre l'âge de 2 à 3 ans, le plus couramment autour de 3 ans, même si des signes très précoce peuvent déjà être décelés par des praticiens avertis au tour de 13-15 mois, voire plus tôt encore selon fréquence et intensité

* 10-1-Avant l'âge de 3 ans:

-La surdité est discutée devant le retard de langage et l'absence apparente de réactions à certaines stimulations auditives (notamment à la voix).Néanmoins, les enfants sourds ont en générale une appétence pour la communication non

verbale. En fait surdité et autisme ne peuvent être confondus ; en revanche ils peuvent être associés. Il en est de même avec la cécité qui peut aussi poser des difficultés de diagnostic, notamment chez les plus jeunes

- Les troubles langages : dysphasique et autiste ont en commun le retard de langage, les troubles de parole (expression) et pour certains d'entre eux des troubles de la compréhension des sons et du langage oral. De plus certains enfants dysphasique peuvent développement aussi des problèmes de la relation social. Il ya donc des cas limitent de diagnostic complexe.

Mais le plus souvent les enfants dysphasique diff rent clairement des enfants autistiques en ce qu'ils ont une capacité à communiquer par les gestes et les expressions.

-Le retard mental : autisme et retard mental ne sont pas exclusifs l'un de l'autre. Nombre d'enfants autistes ont un retard parfois important ; mais chez les autistes les anomalies du contact et de la communication sont au premier plan ; avec les comportements bizarres et stéréotypés : d'autre part leur fonctionnement intellectuel est plus hétérogène que celui des enfants retardés du même niveau (retard simple), avec des troubles qui ne concernent pas de façon équivalente les différents fonctions : mémorisation, catégorisation...

-Les dépressions et carence affectives 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 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. Les anomalies grossières des conditions de vie sont alors facilement identifiées si les antécédents son connus. Mais parfois l'anamnèse est insuffisante, en principe le domaine de la « sociabilité »est plus

susceptible d'être préservé, ou amélioré par les soins, s'il ne s'agit pas de l'origine d'un autisme. (Pascal & all, 2007.p14).

*10-2. Après l'âge de 3 ans :

Outre les pathologies mentionnées ci-dessus, la question est aussi celle d'autres troubles du développement :

-Certaines dysphasies (forme sévères de retard de développement du langage), surtout s'il s'agit des variétés « sémantiques /pragmatiques » 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.

-Le syndrome de Landau-Kleffner est une entité neuropédiatrique caractérisée par une perte du langage et l'apparition de signes comitiaux vers l'âge de 3 ans.

-Le retard mental et l'autisme, comme on l'a vu, ne sont pas toujours exclusifs l'un de l'autre. Schématiquement, l'autisme est le plus souvent associé à un retard mental de degré variable. D'autre part, le retard mental (plus fréquent) peut être associé à quelques signes communs avec l'autisme, surtout dans ses formes modérées ou sévère (stéréotypies, automutilations, agitation...). Sinon, on parle de retard simple, homogène, lorsqu'il n'y a pas d'altérations spécifiques supplémentaires de la communication, ou de trouble grâce du comportement. (Pascal, & all, 2007.p15).

Synthèse :

En guise de conclusion de ce chapitre, on peut considérer que l'autisme est un trouble envahissant du développement qui nécessite une vaste investigation, par sa complexité, ses classifications, ses difficultés... Qui se caractérise par la présence d'un développement anormal ou déficient qui se manifeste avant l'âge de trois ans. Ce syndrome reste méconnu par rapport aux causes. De plus en plus le taux des autistes augmente, même chez nous en

Algérie, c'est pour cela qu'on a essayé dans ce premier chapitre de décliner ce qui est l'autisme.



Chapitre III:
la communication verbale

Préambule :

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.

1. Définition de la communication en général :

Communiquer c'est transmettre un message à une autre personne. Cela peut être une information que l'on possède, une demande que l'on fait, une émotion que l'on souhaite partager...

Les moyens de communiquer sont divers. Avant l'accès au langage verbal, les regards, les gestes, les cris,...

Il y a il faut distinguer la communication verbale (utilisation de mots) et non verbale (utilisation de gestes, mimiques, regard, postures...).

Qu'elle soit verbale ou non verbale, la communication comporte un versant expressif et un versant réceptif.

- communication expressive: les demandes, les commentaires, comment l'enfant s'exprimer

-communication réceptive : comment l'enfant comprend, reçoit l'information qu'on lui communique.

Pour l'enfant autiste, il s'agit plus d'une perturbation que d'une absence de communication. Votre enfant ne refuse pas de communiquer, il n'utilise pas la communication parce qu'il ne la comprend pas. Il va falloir lui apprendre à comprendre. (Emmanuelle ,& all .2008,p61).

2. la définition de la communication verbale :

Scherer (1984 cité par Chevrié-Muller et Narbonne 2000), a établi une typologie fonctionnelle de la communication non verbale, en distinguant quatre fonctions.

- La fonction sémantique La communication non verbale transmet un certain nombre d'informations. Elle peut être indépendante du verbale (gestes symboliques, iconiques et indices), le compléter, le contredire ou le modifier.

- La fonction syntaxique Le non verbal intervient au niveau de la segmentation de la chaîne parlée (intonation, gestes), et au niveau de la synchronisation des signes verbaux et non verbaux.

- La fonction pragmatique Scherer distingue trois fonctions influençant le déroulement d'une conversation: - la fonction expressive, qui permet d'obtenir des renseignements sur l'interlocuteur (voix, habits, regard...) - la fonction appétitive, qui traduit les motivations, les buts ou les intentions de comportement du locuteur. - la fonction réactive, qui concerne l'ensemble des réactions courtes et rapides du récepteur, informant l'émetteur sur l'efficacité de sa communication.

- La fonction dialogique Elle concerne les relations entre le locuteur et le récepteur, et la régulation des échanges.

A ces quatre fonctions, Cosnier et Brossard (1984) ajoutent la fonction facilitatrice qui se compose de la fonction cognitive et la régulation homéostatique (besoins corporels).

N. Denni-Krichel propose, dans son bilan de l'enfant sans langage, d'évaluer la communication non verbale de la façon suivante:

- capacités à se faire comprendre
- moyens utilisés : tonus corporel, intonation des cris, mimiques, sourires
- capacités à comprendre les mimiques ou les gestes de l'autre
- compréhension d'un ordre non verbal
- attention à l'intonation, aux mimiques, aux gestes de l'autre
- langage gestuel : gestes simples, instrumentaux (pointage, gestes utilitaires), conventionnels, expressifs
- expression par le biais d'images ou de pictogrammes

Il peut s'avérer intéressant de mener cette évaluation chez l'enfant tout venant, la communication non verbale étant toute aussi importante que la communication verbale.

Nous ne ferons pas passer ce bilan aux enfants que nous rencontrerons, mais il nous paraît utile de le mentionner afin de savoir qu'il existe. Ce bilan pourrait être proposé aux enfants avec un TED sans langage.

3. les troubles de la communication :

3.1. Anomalies dans les modalités de la communication non verbale

- Au niveau expressif : Vous avez peut-être observé que votre enfant ne paraît pas du tout être dans une recherche de communication. Il ne cherche pas l'autre pour se faire comprendre. Il vit sa vie, tranquillement, se procurant ce qui lui est nécessaire, ce dont il a envie, seul, sans solliciter l'autre. Il peut être content d'avoir un jouet mais ne paraîtra pas intéressé à vous faire partager sa joie, il vous semblera même quelquefois qu'il n'a pas de sentiments car rien ne transparait sur son visage qui puisse vous donner un indice de son état émotionnel.

En effet, s'il n'a pas le langage, son comportement ne vous donne pas non plus d'indice sur ses souhaits. Son regard ne va pas de vous à l'objet désiré, qu'il est parfois incapable de pointer. Il ne peut communiquer avec vous et vous faire comprendre qu'il veut cet objet.

Dans d'autres cas, votre enfant veut communiquer mais ne peut pas. Il va avoir des comportements, amorcer des gestes que vous ne comprenez pas ou que vous interprétez de façon inadéquate. Il peut développer ce que l'on appelle « une communication de survie », utilitaire mais ne permettant pas un échange, vous prenant la main pour vous guider et obtenir ce qu'il désire.

D'autres enfants ne sont pas capables de solliciter l'autre et satisfaire leur besoin. Ils peuvent alors présenter des troubles du comportement, se cogner la tête, taper les objets pour vous exprimer qu'ils souhaitent quelque chose.

- Au niveau réceptif : Se faire comprendre de votre enfant peut aussi être difficile. Les mimiques (faire les gros yeux » pour signifier que vous êtes en colère, sourire pour exprimer votre joie) ne sont pas forcément lisibles pour lui.

Votre enfant n'a pas accès à ces codes sociaux, en raison d'un défaut de compréhension de l'implicite. (Emmanuelle, & all .2008, p62).

3.2. Anomalies dans les modalités de la communication verbale :

- **Dans sa forme** Même pour les enfants ayant développé un langage, les choses ne sont pas toujours aisées.

En effet, ils ont des difficultés dans la production verbale, au niveau de la hauteur, de la modulation de la voix, de la fréquence ou du rythme de la parole.

Beaucoup d'enfants autistes parlent avec une voix haut perchée, ou de façon monocorde, alors que d'autres parlent très vite.

Les anomalies peuvent aussi apparaître dans le vocabulaire employé : les mots sont déformés ou le vocabulaire, très précieux, pas du tout adapté à l'âge de l'enfant. L'enfant autiste peut présenter des anomalies dans la syntaxe de ses phrases, comme l'inversion pronominale dire « tu » à la place de « je », et « je » à la place de « tu ».

De nombreux enfants autistes ont aussi ce qu'on appelle des « stéréotypies verbales ». Des mots, des phrases, des récits sont répétés de façon mécanique, lancinante. Ce signe, difficile à comprendre pour vous, peut vous énerver (surtout quand il est présent à longueur de journée !) et vous avez l'impression que ces mots ou bouts de phrases ont complètement perdu leur signification première. L'enfant les utilise comme une ritournelle rassurante dans des situations axiologiques ou de non-activité.

- **Dans son contenu :**

- **Écholalie :** L'enfant autiste peut répéter ce qu'on lui dit comme un perroquet. C'est ce qu'on appelle « l'écholalie », qui se présente sous deux formes.

- La première est immédiate, c'est-à-dire que votre enfant répète aussitôt la phrase, le dernier mot ou la dernière sonorité que vous venez de dire. Il va par exemple répéter la question que vous venez de lui poser au lieu d'y répondre. Cette anomalie peut être un indicateur que le langage, en tant qu'outil de communication, n'est pas saisi, mais c'est souvent une prémisse de l'utilisation

du langage pour communiquer. Tout énervante qu'elle soit, l'écholalie immédiate n'est pas à combattre.

- La seconde forme est l'écholalie différée. Dans ce cas, votre enfant répète des phrases précédemment entendues dans un contexte où elles n'ont plus réellement de sens.

Cependant si elles n'ont plus de sens pour « la norme », peut-être est-ce un code pour votre enfant ou le résultat d'une association, ce qui peut être une indication lorsqu'elles sont comprises par la famille. Observez quand, comment, où et dans quelles conditions l'enfant dit ces phrases; se souvenir du contexte où il les a entendues la première fois peut s'avérer utile pour comprendre le fonctionnement de l'enfant.

Il existe aussi une écholalie différée à valeur de communication, car utilisée dans contexte adéquat (même si elle n'est pas toujours tout à fait ajustée à la situation). L'enfant a associé une phrase à un contexte et reproduit la phrase lorsqu'il se retrouve dans un contexte similaire. Il n'a pas d'autre moyen à sa disposition pour s'exprimer.

- Absence de compréhension du langage métaphorique Chez les enfants autistes maîtrisant le langage, on peut observer une difficulté d'accès au langage métaphorique et une compréhension « au pied de la lettre » des expressions. Les mots sont compris de manière littérale, le sens abstrait est alors traduit de manière trop réaliste.

- Perturbation dans la signification des mots : Vous pouvez aussi observer une perturbation dans la signification des mots; c'est ce qu'on appelle les significations « idiosyncrasiques. » Votre enfant utilise des mots ou des phrases « hors contexte ».

L'expression n'a pas de sens que pour lui car souvent, elle a été sélectionnée dans une situation vécue et a été généralisée. Un détail associé à un souvenir va donner son sens à un mot, une expression pour votre enfant, mais si vous ne connaissez pas cette association, vous ne pourrez pas le comprendre.

Votre enfant veut aussi vous dire des choses que vous n'arrivez pas à comprendre. Il va prononcer un mot pour plusieurs (télescopages des mots) ou alors avoir un seul «mot » pour tout désigner.

Soyez très attentif à ces particularités dans le contenu du langage pour pouvoir les comprendre et, ensuite, apprendre à l'enfant une phrase plus « adéquate », qui sera comprise socialement.

- **Dans son utilisation**

- Non-utilisation du langage dans sa fonction de communication

Si votre enfant parle, il n'utilise pas forcément le langage dans sa fonction de communication.

Un enfant peut parler beaucoup, de façon très élaborée, mais sans chercher à se faire comprendre, à intéresser l'autre. Il parle de ses intérêts à autrui mais, sans interlocuteur, il le ferait de la même façon. D'autres vont vous répéter plusieurs fois la même question, sans écouter la réponse, ou alors sans pouvoir modifier leur discours en fonction de ce qui va leur être répondu.

C'est pour cette raison que vous allez devoir trouver le « bon » canal de communication, celui par lequel vous pourrez être entendu, compris, et qui vous permettra de comprendre votre enfant, d'entrer en communication avec lui. De plus, rappelez-vous que si votre enfant a une bonne capacité de compréhension, dès qu'il est en difficulté, il faut revenir au canal qu'il maîtrise le mieux (à savoir, pour beaucoup, le visuel).

- Pauvreté de l'imagination : Les personnes autistes en font souvent preuve. Cette difficulté renvoie à la notion de « pensée concrète » : les mots ont un sens unique et sont dénués de toute connotation. Par exemple, pour les sujets plus âgés avec un bon niveau cognitif : si vous leur demandez d'inventer une histoire ou de faire une rédaction, ils rencontrent une grande faiblesse dans l'imagination. (Emmanuelle & all .2008,p de 62 a 66).

4. 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 destinataire (locuteur) qui émet un message en direction d'un destinataire (interlocuteur), qui peut être absent ou virtuel. Ce message est doté d'un référent (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 » 110). Notamment pour le contexte scolaire). (M. Leroy, &C.Masson, 2010p.90-110).

5. Les étapes de la communication :

5.1. Première étape de la communication : établir un contact visuel Pour que votre enfant «parle » avec vous, il faut que vous soyez bien certain qu'il sache que vous êtes là, que vous lui adressez un message et que lui aussi peut vous faire une demande.

Servez-vous des moments de la vie quotidienne pour l'amener à un contact visuel :

- au cours d'un jeu que vous partagez, appelez-le et demandez-lui de vous regarder. Au début, félicitez-le, même pour un regard furtif. Demandez-lui de vous regarder de manière de plus en plus soutenue;

- au moment de la collation, si votre enfant souhaite une barre chocolatée qu'il aime particulièrement, demandez-lui de vous regarder pour l'avoir. Pour ce faire, placez la barre chocolatée au niveau de vos yeux et attendez un contact oculaire pour lui donner;

- quand vous êtes dans la même pièce que lui et qu'il désire un objet et le regarde, apprenez-lui à venir chercher votre regard pour l'amener vers l'objet convoité.

5.2. Rendez la communication indispensable : Votre enfant a des difficultés à entrer en relation avec autrui : il a tendance à rester dans son coin, jouer seul, ne pas aller vers les autres pour faire des demandes, échanger ou partager des expériences, des ressentis. Avec un groupe d'enfants, vous pouvez aussi le voir jouer à côté des autres, et non avec.

Il peut rester une journée entière seul et si vous lui laissez tout ce qui lui est nécessaire à disposition, il ne vous sollicitera pas. Il se satisfait de lui-même et ne cherche pas forcément l'adhésion ou le consentement de l'autre.

Pour que votre enfant communique avec vous, il faut qu'il y trouve un intérêt, une motivation.

Faites en sorte qu'il ne puisse pas faire tout ce qu'il souhaite, afin qu'il ait besoin de l'autre pour aboutir à ses fins : mettez hors de sa portée les aliments qu'il

préfère et la plupart des objets dont il se sert tous les jours et qui présentent de l'intérêt pour lui. Choisissez plutôt un de ses jouets préférés ou un objet qu'il utilise beaucoup. Trois points sont à préciser :

- au début, évitez tout de même de choisir l'objet dont il ne peut se passer, car s'il est encore aux prémisses de la demande, il pourrait échouer et ne pas l'obtenir rapidement, ce qui le mettrait trop en difficulté ;

- mettez l'objet hors d'atteinte de votre enfant mais toujours bien à sa vue, sinon il pourrait le croire disparu et ne pas comprendre votre attente. Cependant, assurez-vous qu'il ne peut l'obtenir d'aucune façon, car les enfants autistes peuvent se révéler très astucieux lorsqu'ils désirent fortement quelque chose.

- privilégiez, dans la mesure du possible, les réponses aux tentatives de communication de votre enfant plutôt que certains principes. Par exemple, votre enfant fait la demande d'un gâteau en le pointant du doigt, vous lui dites un « non » qui n'a pour lui aucun sens. Vous avez pour principe de ne pas donner de gâteau avant le repas. Votre enfant ne peut pas le comprendre, soit parce qu'il est trop petit ou pas encore à ce stade de la compréhension. Son pointage n'est pas encouragé. S'il en est au tout début du pointage, et donc d'une tentative de communication, il peut comprendre à sa façon que pointer ne sert à rien. Dans ce cas précis, l'adulte doit choisir entre la priorité de la communication et la priorité d'un principe.

Lorsque votre enfant désire quelque chose, ne lui donnez pas complètement satisfaction afin qu'il ait besoin de vous faire une nouvelle demande pour obtenir ce qu'il veut. Servez-lui une petite quantité de l'aliment qu'il adore et attendez qu'il vous fasse une demande pour lui en resservir. (Emmanuelle, & all .2008,p70).

5.3. Proposez des repères visuels : Les personnes autistes présentent des capacités de compréhension verbale pauvres et une perception auditive défectueuse. Les informations visuelles sont e revanche plus facilement traitées. De plus, les personnes autistes rencontrer des difficultés à traiter en même temps

deux informations (visuelle et auditive Utiliser des repères visuels permettra de compenser ces difficultés.

Le but de ces repères va être de :

- clarifier visuellement le processus de communication;
- utiliser le canal visuel pour rappeler les possibilités proposées ;
- réduire le langage et ne pas submerger votre enfant par trop d'informations verbales simultanées.

Ces repères visuels peuvent être, selon les capacités de compréhension dont fait preuve votre enfant :

- des gestes;
- des objets;
- des photos/dessins;
- le langage écrit (Emmanuelle,&all .2008,p71).

6. Aider l'enfant a communiqué :

6.1.Évaluez les besoins avant de donner les moyens : Il faut avant tout connaître les difficultés de communication rencontrées par l'enfant autiste que l'on souhaite aider.

-Ses difficultés se situent-elles au niveau verbal, ou non verbal ? L'enfant parle t-il ? A-t-il des difficultés à décoder les gestes ou les intentions d'autrui?

-Ses difficultés se situent elle au niveau expressif, ou réceptif ? L'enfant a-t-il des difficultés à se faire comprendre de l'autre ? A-t-il plutôt des difficultés à comprendre l'autre ? Les deux ?

-L'enfant a-t-il des compétences, et/ou des lacunes dans la communication? Sait-il demander ? Attirer l'attention? Refuser? Sait-il faire des commentaires? Donner des informations? Rechercher des informations? Sait-il exprimer ses sentiments ? Utiliser des routines sociales (bonjour, merci...) ?

-A-t-il des difficultés dans tous les contextes, ou seulement dans certaines occasions?

- A-t-il des difficultés à communiquer en toutes circonstances et dans n'importe quel environnement, ou est-ce une situation particulière qui lui fait perdre ses moyens ? C'est en observant votre enfant que vous allez pouvoir analyser ses difficultés, les quantifier et ainsi les travailler les unes après les autres de façon adaptée. (Emmanuelle, &all .2008 ,p68).

6.2.Évaluez la capacité de l'enfant à comprendre

3. Il est primordial avant tout travail sur la communication d'évaluer le niveau de compréhension de votre enfant. En effet, si vous lui proposez une aide qui n'est pas adaptée à ses capacités, vous allez le mettre en grande difficulté, voire en situation d'échec, et risquer qu'il ne se replie encore plus sur lui-même, évitant ce qu'il n'est pas capable de résoudre.

- Aidez l'enfant à comprendre grâce à :

- l'aide physique : votre enfant comprend ce que vous lui demandez quand vous l'accompagnez physiquement dans l'action ou vers le but souhaité. Par exemple, votre enfant comprend qu'il faut ranger les cubes dans la boîte lorsque vous le guidez physiquement en prenant sa main pour lui faire ranger les premiers cubes.
- l'objet : il comprend ce qui est attendu de lui quand on utilise un objet lié à la demande, et inversement : il tend son verre s'il veut plus de jus d'orange;
- le geste: si vous utilisez des gestes conventionnels tels que le pointage, le hochement de tête, il les comprend. Par contre, il peut ne pas comprendre des gestes plus complexes;
 - une photo ou un dessin : il peut prendre une photo ou un dessin pour vous faire comprendre ce qu'il souhaite. Inversement, vous pouvez lui faciliter l'information par ce biais. Si vous lui montrez la photo de son orthophoniste, il comprend qu'il va se rendre en séance;
 - le mot écrit : l'utilisation de phrases ou de mots écrits pour communiquer : pointer le mot dactylographié ou écrire les mots des objets désirés ;

- le langage des signes : votre enfant a appris la langue des signes (gestes conventionnels de la langue des signes de la communauté des sourds appliquée à une grammaire de la langue française parlée), la pratique et la comprend;
- la parole: si vous utilisez des mots et des phrases conventionnels pour communiquer, votre enfant y a accès.

De plus, même si votre enfant semble comprendre la communication verbale, n'oubliez pas de faire une évaluation approfondie de son niveau de compréhension, car sans forcément nous en rendre compte, nous faisons passer beaucoup d'informations gestuellement.

(Emmanuelle,&all .2008,p69).

6.3. Utilisez des objets, des pictogrammes ou des photos : Ces aides sont plutôt utilisées dans le cadre d'une communication réceptive, c'est-à-dire lorsque l'adulte veut faire comprendre à l'enfant autiste ce qu'il attend de lui. L'information visuelle permet à l'enfant de comprendre ce qui lui est demandé.

Ces utilisations sont très simples, naturelles et compréhensibles pas tous les enfants.

6.4. Le Picture Exchange Communication System : Ce système de communication par échange d'images (PECS) permet sonnes autistes de suppléer ou d'augmenter leur communication.

Cet outil permet de travailler sur deux aspects spécifiquement déficitaires des personnes autistes la communication et les relations sociales. Il donne à l'enfant des moyens de faire connaître ses envies et besoins, d'initier une communication pour arriver à une communication spontanée.

Concrètement, après un temps d'apprentissage, l'enfant disposera de ce qui est appelé un « cahier de communication ». C'est souvent un classeur de petit format, dans lequel se trouvent les images ou les mots écrits dont a besoin l'enfant. Ce classeur peut contenir des intercalaires pour séparer les thématiques (repas/loisirs/ émotions, etc.). Sur ce classeur se trouve une bande Velcro, où

l'enfant accroche l'image correspondant à ce qu'il souhaite, et qu'il peut donner à l'adulte.

L'apprentissage se fera par étapes, chaque enfant évoluant à son rythme, selon ses capacités. (Emmanuelle ,&all .2008,p74).

- **Apprendre l'échange, initier une interaction**

- Objectif : l'enfant apprend à demander des objets désirés en échangeant des images.

- Moyens :

- l'enfant est assis à une table, un adulte en face de lui, l'autre derrière lui;

- l'échange est réalisé avec une aide physique qui va graduellement s'estomper: l'adulte derrière l'enfant l'accompagne physiquement pour donner l'image à l'autre adulte en face;

- l'adulte, en face de l'enfant, lui tend une main ouverte pour signifier visuellement l'échange. Cet indice est progressivement diminué.

- **Accroître la spontanéité dans l'interaction**

- Objectif : l'enfant apprend à venir chercher son interlocuteur pour lui remettre l'image de l'objet désiré en échange de cette image. On apprend à l'enfant à persister dans sa communication et à généraliser.

- Moyens :

- la distance entre l'enfant et l'adulte augmente;

- la distance entre l'enfant et le pictogramme augmente.

- **Apprendre à discriminer les pictogrammes**

- Objectif : l'enfant apprend à distinguer les images afin d'élargir son vocabulaire. Cette étape implique aussi le choix, concept difficile pour la personne autiste.

- Moyen :

- situation de choix entre deux, puis entre plusieurs pictogrammes.

- vérification par association entre objet/pictogramme, puis entre deux objets et deux pictogrammes, puis entre un objet et un pictogramme;

- réduction de la taille des pictogrammes pour les rendre plus fonctionnels et permettre une utilisation quotidienne (en fonction des capacités de l'enfant). (Emmanuelle,&all .2008,p75).

- **Construire des phrases**

- Objectif : l'enfant apprend à former des phrases en utilisant le pictogramme « je veux » (phrase « je veux » inscrite accolée au dessin d'une main tendue vers un cube) et à former des phrases contenant des adjectifs.

- Moyens :

- on donne le pictogramme « je veux » sur une bande phrase (bande avec Velcro où l'enfant doit accrocher les pictogrammes) et on demande à l'enfant de compléter;

- la phrase complète est à former

- on dispose l'objet désiré hors de sa vue.

À la fin de cette étape, l'enfant possède entre 20 et 50 pictogrammes dans son livre de communication (livre regroupant tous les pictogrammes) et peut faire une demande à différents partenaires, dans différents lieux.

- **Répondre à la question « que veux-tu ? »**

- Objectifs : l'enfant peut faire une demande spontanément, mais aussi répondre à la question « que veux-tu ? ». Il apprend à répondre à des questions directes.

- Moyens :

- on montre le pictogramme « je veux » et on lui pose la question « qu'est ce que tu veux ? »

- on lui pose la question sans support pictographique.

- **Faire des commentaires en réponse à des sollicitations ou de manière spontanée**

- Objectifs : l'enfant commente ou répond de façon appropriée aux questions comme « que veux-tu ? », « que vois-tu ? », « qu'est-ce que tu as ? »...

- Moyens :

- apprendre à différencier les diverses sollicitations, par 2 puis par 3 ;

- provoquer un commentaire par effet de surprise. (Emmanuelle,&all .2008,p76).

6.5. Le Makaton : C'est un programme de communication augmentée (ou alternative si le langage oral ne se développe pas) multimodale : il favorise le développement du langage oral par la superposition de plusieurs canaux de communication :

- Gestuel : on utilise des signes inspirés de ceux de la langue des signes française.
- Symbolique : on utilise des symboles (ou pictogrammes) qui sont conçus pour représenter des mots, des concepts.
- Oral: tous les mots sont oralisés.

L'utilisation de plusieurs canaux apporte une redondance du message. La personne s'approprie le moyen le plus adapté à ses capacités l'enfant va signer, montrer son pictogramme ou oraliser le mot.

- Les quatre principes fondamentaux :

- Cibler l'apprentissage sur l'enseignement d'un vocabulaire de base restreint en quantité, mais très fonctionnel. Il est constitué de 450 concepts. On choisit le vocabulaire en fonction des besoins de l'enfant (tous les concepts ne sont pas utilisés).
- Organiser ce vocabulaire par niveaux. Le vocabulaire est commun à l'ensemble des personnes travaillant **le Makaton**. (Emmanuelle,&all .2008,p77).

6.6. Les scénarii sociaux : Ils ont été mis au point par Carol Gray en 1991. L'objectif de cet outil est de favoriser la compréhension des situations sociales pour les personnes autistes afin de leur apprendre à se comporter en société. A l'aide de textes, l'adulte confronte l'enfant à la gestion d'une situation sociale qui lui est difficile. Il lui enseigne à la comprendre, puis à la gérer.

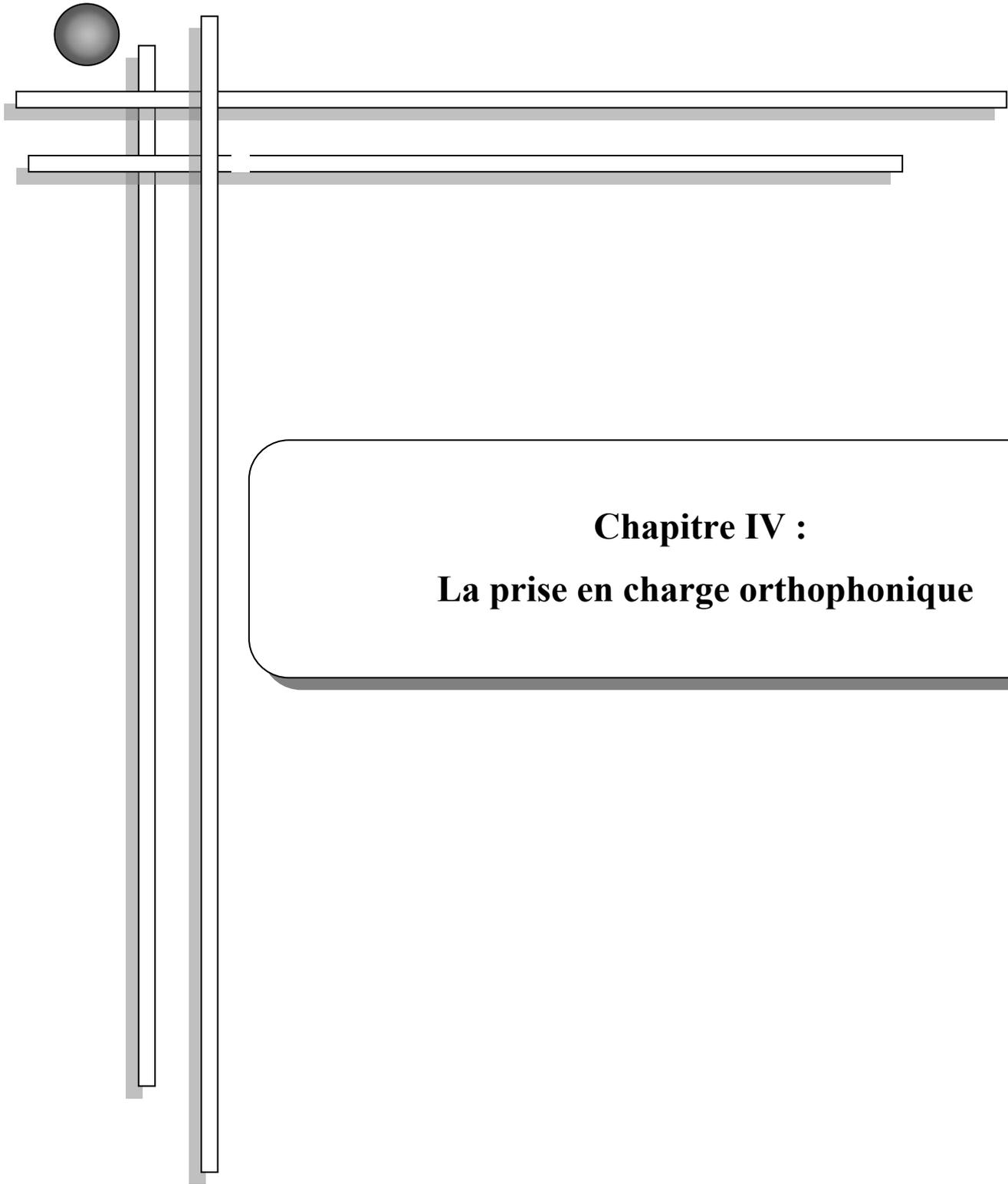
6.7. La thérapie avec médiation ; En psychothérapie, des temps sont proposés aux enfants pour les aider à exprimer leur ressenti, à travailler avec l'autre lors de séance à deux ou en groupe.

Souvent, pour les enfants autistes, le jeu est proposé comme médiation.

Lors d'une séance, l'enfant a à disposition divers jouets et les utilise comme bon lui semble. Le thérapeute est présent, l'observe et verbalise à propos du jeu de l'enfant. Ce procédé est une aide à la communication en ce sens que l'enfant, par son jeu, amène l'adulte à le comprendre. (Emmanuelle,&all .2008,p80).

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.



Chapitre IV :
La prise en charge orthophonique

Préambule :

Après avoir établi un bilan orthophonique complet, l'orthophoniste propose à son patient une prise en charge bien adaptée 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 pré-requis, développer la compréhension et l'expression.

1. La prise en charge orthophonique :

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 exprimer et comprendre ce qui est dit est deux habiletés indispensables à un bon confort de vie.

En cas d'autisme, les difficultés langagières et communicationnelles sont souvent multiples et rarement simples à rééduquer.

L'orthophonie est donc un traitement de longue durée qui s'étale sur plusieurs années. Les séances peuvent avoir lieu à l'hôpital, à l'école, en structure résidentielle, en cabinet privé, en centre multidisciplinaire, etc. Elles sont souvent réparties sur plusieurs jours de la semaine. D'ordinaire, leur horaire est déterminé en fonction des disponibilités des thérapeutes. Lorsque c'est possible, l'idéal est de les prévoir à un moment de la journée où l'enfant n'est pas trop fatigué, car ces rendez-vous lui demandent beaucoup de concentration.

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 :

3.1. 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.

3.2. 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.

3.3. 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 certains enfants, et pas pour d'autres, 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. L'organisations pratique de la prise en charge :

4.1.1. Accompagner les 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.

4.1.2. Entraîner les pré-requis : Les pré-requis sont l'ensemble des compétences et connaissances qui doivent être acquises afin de développer correctement de nouveaux apprentissages. Pour faire un parallèle avec une maison, il s'agirait des fondations indispensables à une construction stable et solide.

Dans la prise en charge orthophonique de l'autisme, l'entraînement des pré-requis au langage et à la communication occupe une place très importante. Parmi les nombreux pré-requis 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 verbale. Une partie du travail porte sur le regard, afin d'améliorer le contact oculaire lors des interactions avec autrui. Enfin, l'orthophoniste entraînera plus particulièrement la perception auditive et visuelle.

4.1.3. 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 la 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'instruments 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.

4.1.4. 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 diagnostiquées. 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, mosaïques à reproduire, lotos d'images, etc.).

4.1.5. 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 », « attends », etc.), 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 (Exemple: Sur l'image, où se trouve le champignon?). Ensuite, elle doit répondre aux consignes entendues (Exemple: Mets la poupée blonde à côté du camion rouge).

4.1.6. Travailler l'expression

- **l'expression en cas d'autisme non verbal :** La première étape 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. En effet, 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. Une partie importante du travail concerne la pragmatique : 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 et des saynètes à déclamer de différentes façons. L'orthophoniste aide aussi à comprendre les règles qui régissent les conversations et à utiliser le langage non verbal soutenir ce qui est dit. Il étoffe 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.

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.

a. 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 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.

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

c. 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.

d. 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 d'avantage des 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 on 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 laissé 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 sociétale.

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:

- 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 repose 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 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 de comportements variés comme par exemple l'apprentissage des demandes chez de personnes avec autisme.

4.2.4.2. Grands principes: L'analyse du comportement a pour but de mettre en évidence l'influence l'environnement et ainsi pouvoir développer des stratégies pour modifier premier: on parle d'analyse du comportement associée à un interver intensif en vue d'obtenir la meilleure intégration possible dans la société, renforcement des comportements jugés appropriés et l'inhibition comportements inadaptés.

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.

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).

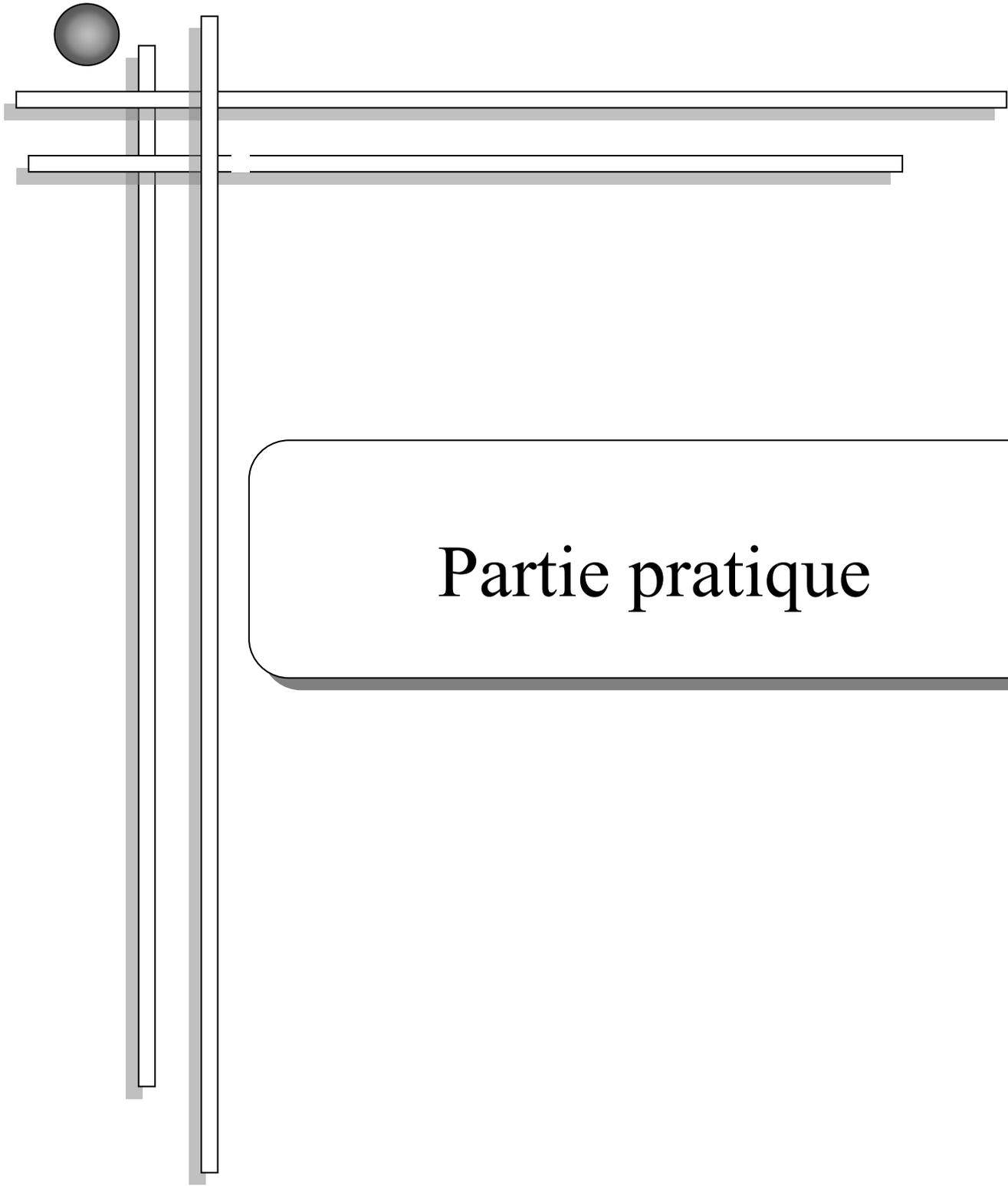
L'un des problèmes majeurs rencontrés en autisme est le problème de communication, les personnes atteintes de TSA présentent des lacunes dans leurs communications verbales, ce qui a poussé à utiliser d'autres moyens de communication tel que le langage des signes.

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).

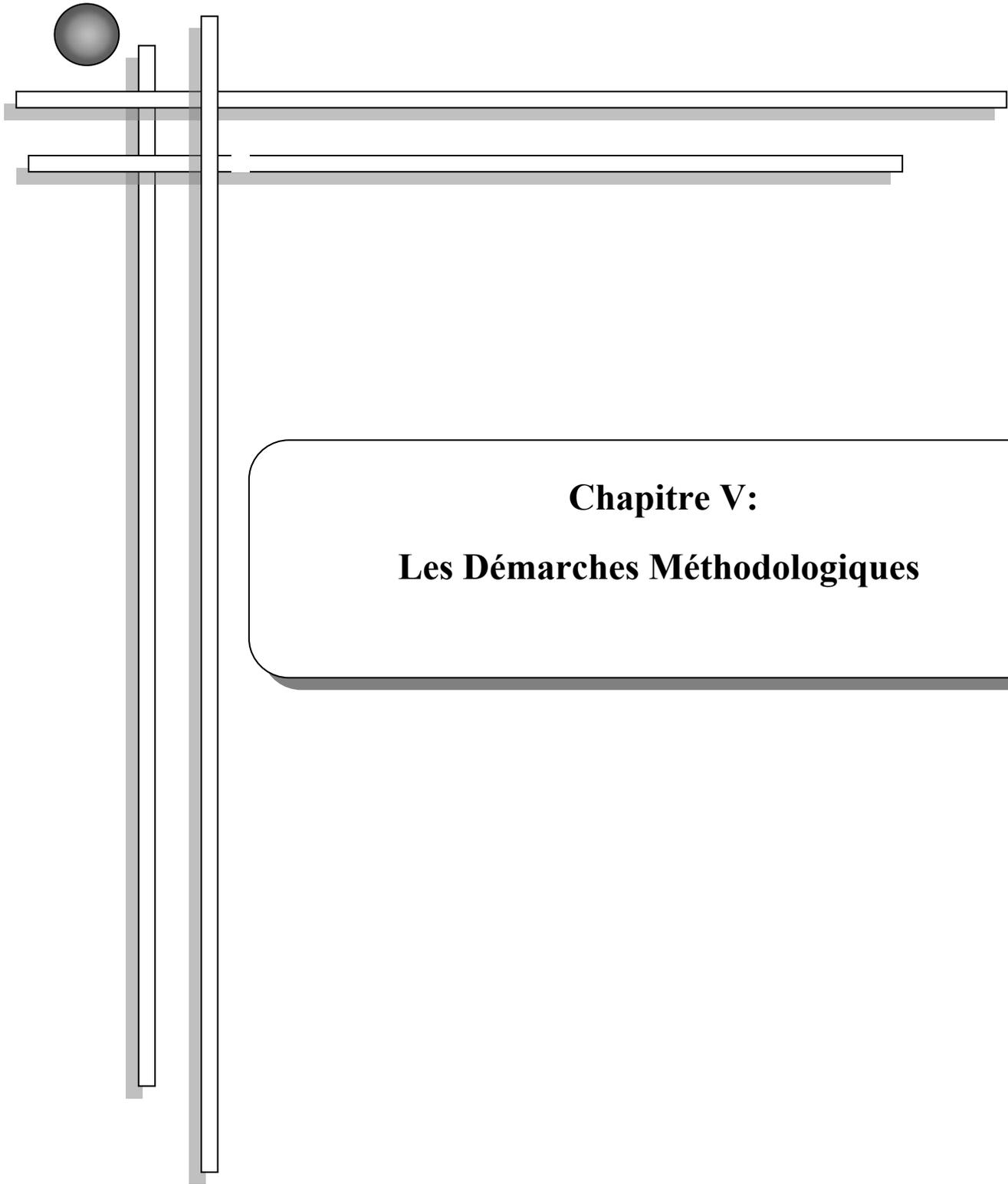
Synthèse :

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 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.



Partie pratique



Chapitre V:
Les Démarches Méthodologiques

Préambule :

Pour réaliser une recherche, il faut se baser sur une méthodologie bien déterminée, avoir un terrain de recherche, une population d'étude et des outils d'investigations. Avant d'approcher le terrain d'étude, on est sensé d'abord faire une pré-enquête, en vue de recueillir le maximum d'informations concernant notre thème de recherche, et ce, avant d'aborder l'enquête. Dans ce chapitre on a présenté la méthode sur laquelle s'est basée notre recherche ainsi que le terrain et la population d'étude, et les outils de recherche qu'on a utilisés.

1. La pré-enquête :

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

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

Au début on s'est renseigné sur les différentes associations pour nous orienter, dont on a effectué une petite recherche pour voir la fiabilité de notre thème intitulé «L'efficacité de la prise en charge orthophonique dans l'amélioration de la communication verbale chez les enfants autistes».

Cependant, on a choisi d'effectuer notre recherche au sein du cabinet de psychologie à EL-KSEUR.

On s'est présentées au responsable du cabinet comme étant des stagiaires en orthophonie de l'université Abderrahmane Mira de Bejaïa en vue de réaliser une recherche de formation et préparer le mémoire de fin de cycle.

Par cette dernière on a pu cerner notre groupe d'étude et élaborer notre problématique de recherche ainsi que notre hypothèse, pour bien investir les données de notre recherche on a utilisé un entretien semi-directif renforcé d'un guide d'entretien et aussi l'observation par une grille d'observation.

2. La méthode utilisée

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

Dans notre cas, et vu la nature de notre thème la méthode descriptive semble la plus appropriée et la plus convenable pour atteindre les objectifs déterminer préalablement.

« Les méthodes descriptives interviennent en milieu naturel et tentent de donner à travers cette approche une image précise d'un phénomène ou d'une situation particulière, dans notre recherche on doit décrire les troubles du comportement et la prise en charge d'un enfant autiste. L'objectif de cette approche d'identifier les composantes d'une situation donnée et parfois de décrire la relation qui existe entre ces composants » (K.charaoui, H.benony, 2003, p126)

3. Présentation du lieu du stage:

Notre étude a été effectuée au sein du cabinet de psychologie clinique, il a ouvert ces portes en Avril 2019.

Ce cabinet est constitué d'une équipe pluridisciplinaire qui prend en charge ces enfants et ils sont : trois psychologues cliniciens et deux orthophonistes.

La prise en charge de ces enfants âgés de 3ans à 14ans elle se déroule par rendez-vous et individuellement, pour chaque enfant la durée de la séance est de 45minute à 1heure.

4. l'échantillon de recherche :

Il représente l'échantillon d'étude 30 enfants autistes âgés de 3ans à 10ans qui n'ont pas d'autre trouble associés et leurs degrés de l'handicap

autistique qu'on a sélectionnés d'une manière d'échantillon visé dans un cabinet psychologique pour la prise en charge des enfants autistes.

4.1. Les caractéristiques de l'échantillon de recherche

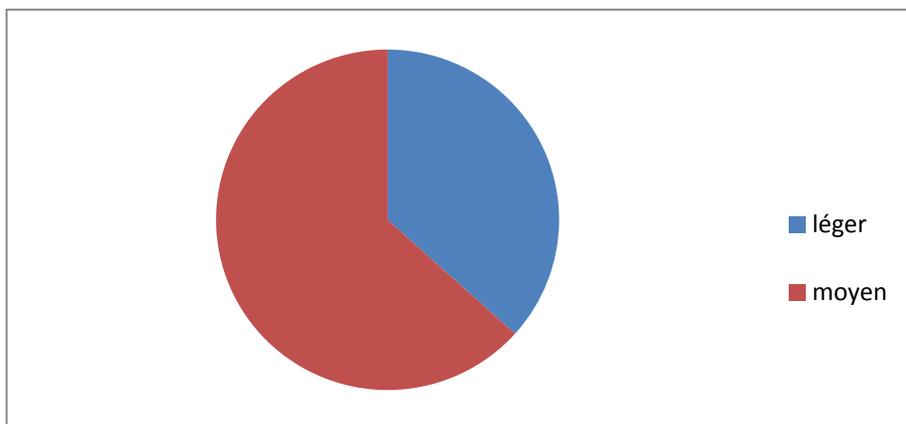


Figure N°01 : secteur qui représente les degrés de l'handicap des enfants autistes

Degrés lieu	Léger	moyen	Total
Cabinet psychologique	19	11	30

Tableau N°01 : qui représente le lieu et les degrés des enfants autistes

N	Age	Type d'autisme	Sexe	durée de la prise en charge
1	6ans	Léger	Garçon	8 mois
2	6 ans	Moyen	fille	8 mois
3	5ans	Moyen	Garçon	2an
4	8ans	Leger	Garçon	9mois
5	8ans	Léger	Garçon	9mois

6	7ans	Léger	Garçon	1an
7	5ans	Moyen	fille	10mois
8	5ans	Moyen	fille	2mois
9	4ans	Léger	Garçon	1mois
10	5ans	Leger	fille	5mois
11	5ans	Moyen	Garçon	4mois
12	4ans	Léger	Garçon	6mois
13	10ans	Léger	Garçon	1an
14	7ans	Léger	Garçon	7mois
15	9ans	Léger	Fille	10mois
16	6ans	Leger	Garçon	3mois
17	6ans	Léger	Fille	1mois
18	7ans	Léger	Garçon	8mois
19	8ans	Moyen	Garçon	2ans

.../...

.../...

20	4ans	Léger	Garçon	7mois
21	3ans	Moyen	Garçon	7mois
22	8ans	Moyen	Garçon	1an
23	4ans	Moyen	Garçon	5mois
24	4ans	Léger	Garçon	8mois
25	8ans	Léger	Garçon	8mois
26	8ans	Léger	Garçon	8mois
27	8ans	Moyen	Garçon	10mois
28	5ans	Léger	Garçon	10mois
29	3ans	Moyen	Garçon	5mois
30	5ans	Léger	Fille	1an

Tableau N°02 : récapitulatif des caractéristiques de l'échantillon de recherche

5. les outils d'investigation :

Pour pouvoir l'efficacité de la prise en charge orthophonique sur l'amélioration de l'expression orale chez les enfants autistes, on a utilisé des techniques de recherche qui sont : l'entretien semi-directif accompagné par un guide d'entretien et un questionnaire.

5-1 .l'entretien : Compte rendu de notre objet d'étude, l'entretien de recherche est de toute évidence un outil, privilégie, dans le cadre d'une relation et l'expression pour personne interviewée.

(K.Chahraoui, H.Benony, 2003. P32).

C'est un procédé d'investigation pour recueillir des données scientifique, utilisant un processus de communication verbale pour recueillir des informations en relation avec le but fixé “. (F.DEPELTEAU, 2000, P314).

Et vue la qualité des informations recherchées on a opté pour l'entretien semi-directif pour donner plus de liberté aux sujets interrogés, ces derniers se présentent comme « une technique directe d'investigation scientifique utilisées auprès d'individus, pris isolément, mais aussi dans certains cas auprès, de groupes qui permet de les interroger d'une façon semi-directif et de faire un prélèvement qualitatif en vue de connaître en profondeur les informations. » (A.Maurice, 1997, P144).

Notre entretien est accompagné par un guide d'entretien où le chercheur formule et prépare la consigne à l'avance.

✓ Le guide d'entretien il est définit comme « un ensemble organiser de fonction d'opérateurs et indicateurs qui structure l'activité d'écoute et d'intervention de l'interviewe. » (A.Blanchet, A.gotman, 2007.P61). **(Voir dans l'annexe N°01)**

5.2. Le questionnaire : « n'était qu'une simple liste de questions sur les différents aspects d'un sujet donné, il serait en effet à la portée du premier venu de confectionner cette liste et de se mettre à récolter les réponses. En réalité, la forme des questions, leur contenu, leur agencement... jouent un rôle

de premier plan et obéissent à des règles d'élaboration rigoureuses qu'il faut respecter si l'on veut que nos questions aient une réelle valeur descriptive et que les réponses qu'elles appellent soient des données fiables et utilisables ». (Omar.Aktouf,1987.P93) .

Notre questionnaire que nous avons préparé s'est déroulée avec les orthophonistes qui contiennent des questions correspondent à notre thème de recherche. **(Voir dans l'annexe N°02)**

5.2.1. La validité et la fiabilité de questionnaire :

La validité et la fiabilité effectuée sur l'échantillon sont présentées comme suit :

A/ Validité des experts : La validité de ces outils d'étude a été confirmée en les présentant à un groupe de professeurs ayant une expérience dans le domaine de la psychologie et de l'orthophonie en exprimant leurs opinions et suggestions et leur accord sur l'adéquation de questionnaire sur l'objectif d'étude, et leur validité langagière et leur clarté. Après avoir les résultats des enseignants, on a apportées des modifications qu'ils nous ont proposés sur certains éléments qui n'ont pas obtenus un grand pourcentage d'accords, jusqu'à ce que la plupart des éléments soient bons, ils portent une validité apparente claire, et ils conviennent à l'application sur l'échantillon d'étude. **(Voir dans l'annexe N°03).**

B/ Validité constructive : Le coefficient de corrélation entre chaque items avec le degré générale et le score total a été calculé sur un échantillon de 10 enfant choisis au hasard; les résultats ont été présentés dans le tableau suivant :

N	Items	Coefficient de corrélation (**)
1		0.70
2		0.87
3		0.70
4		0.79
5		0.70
6		0.80
7		0.82
8		0.70
9		0.81
10		0.84
11		0.87
12		0.71
13		0.87
14		0.85
15		0.86
16		0.81
17		0.57
18		0.86
19		0.87
20		0.82
21		0.82
Total		0.88

- Le tableau N°03 : démontre le Coefficient de la corrélation de tous les items avec le degré générale de l'outil d'étude (le questionnaire) :

Il ressort clairement du tableau N° (03) que le coefficient de corrélation pour tous les items et le score total est acceptable; ce qui suggère que l'outil (le questionnaire) a un bon degré de validité sur lequel nous pouvons compter pour l'étude.

5.2.2. La fiabilité de questionnaire :

La fiabilité de l'outil d'étude (le questionnaire) a été vérifiée sur le même échantillon où la validité a été vérifiée en trouvant les coefficients **alpha cronbach** pour chaque items, puis pour l'outil dans son ensemble comme indiqué dans le tableau suivant :

N°	Items	Coefficients alpha cronbach
01	21	0.821

Tableau N° 04 : Montre les coefficients alpha cronbach pour l'ensemble des items d'outil d'étude concernant l'expression orale chez les enfants autistes (n=10).

D'après tableau N° 04, tous les coefficients Alpha cronbach pour les items de l'outil d'étude, sont tous élevés. Donc l'outil d'étude a un coefficient de fiabilité, ce qui le rend valable dans la présente étude.

Nous avons suivi les réponses des membres de l'échantillon de l'étude de tous les items, et on met la marque X devant chaque casse qui correspond à leurs situations sur l'échelle trichromatique de « Likert ».

Étant donné que le questionnaire se compose de (21) items et que chaque item contient trois alternatives, le degré total de chaque axe varie de (63) un degré minimum à (21) une limite supérieure.

La détermination de la force ou du poids de l'équation de grade donnée aux réponses des membres de l'échantillon est la suivante : Longueur de la

catégorie = (score le plus élevé - score le plus bas) ÷ nombre d'alternatives possibles.

De là, la longueur d'un domaine est égale à $[3-1=2 \div 3 = 0,66]$ en ajoutant la longueur de la classe à la valeur minimale et adoptée pour le bas degré ; La durée de la classe a ensuite été ajoutée à chaque note pour déterminer le prochain degré de force ou de poids en termes de l'efficacité de la prise en charge orthophonique sur l'amélioration de l'expression orale chez les enfants auristes :

- Du 1.00 jusqu'à 1.66 le degré faible
- Du 1.67 jusqu'à 2.33 le degré moyen
- Du 2.34 jusqu'à 3.00 le degré bien

6. Déroulement de la recherche :

On s'est présentée au plusieurs service et centre publique de santé et même a plusieurs cabinets privé au niveau de la willaya de Bejaia, entant que stagiaire en orthophonie ayant comme thème de recherche « l'efficacité de la prise en charge orthophonique sur l'amélioration de l'expression orale chez les enfants autistes».après on c'est dirigé vers un cabinet psychologique el-kseur, alors notre étude s'est déroulée de 19/05/2021 au 31/06/2021.

Au début de l'étude, on a suivis les étapes suivantes :

- Obtention de l'agrément pour la mise en œuvre de l'étude en coordination avec les autorités concernée, Responsable de cabinet psychologique el-kseur pour faciliter l'étude.
- Allouer une période de temps suffisante pour la procédure et la rencontre des enfants autistes et les connaître de près, ainsi qu'appliquer les outils d'étude, et pendant différentes périodes d'un endroit à un autre on a appliqué le questionnaire à un échantillon d'étude Pour que nous organisions le travail

d'une manière logique pour éviter les chevauchements d'idées pour que les enfants autistes n'aient pas peur de nous ou s'ennuient.

- Après avoir collecté toutes les données qualitatives et quantitatives via les outils d'étude, nous avons rempli les données quantitatives et les avons saisies dans un fichier Excel sur ordinateur pour les organiser et les entrer dans le programme (SPSS) de traitement statistique, où les résultats des moyennes arithmétiques et des écarts types ont été calculés écarts types, niveau de signification, analyse unidirectionnelle de la variance et calcul du coefficient de Pearson.

7. Méthodes statistiques utilisées dans l'étude :

Nous avons calculé les moyennes arithmétiques, les écarts types et le niveau significatif pour analyser la variance à sens unique et le calcul du coefficient de Pearson....

- Moyenne
- Ecart-type
- Pourcentage
- Coefficient corrélation Person
- Coefficient **alpha cronbach**

Moyenne	L'équation
Ecart-type	$\bar{X} = \frac{\sum_{i=1}^n X_i}{n}$
Person colleration	$S = \sqrt{\frac{\sum_{i=1}^n (X_i - \bar{X})^2}{n-1}} = \sqrt{\frac{\sum (X - \bar{X})^2}{n-1}} = \sqrt{\frac{\sum X_j^2}{n-1}}$

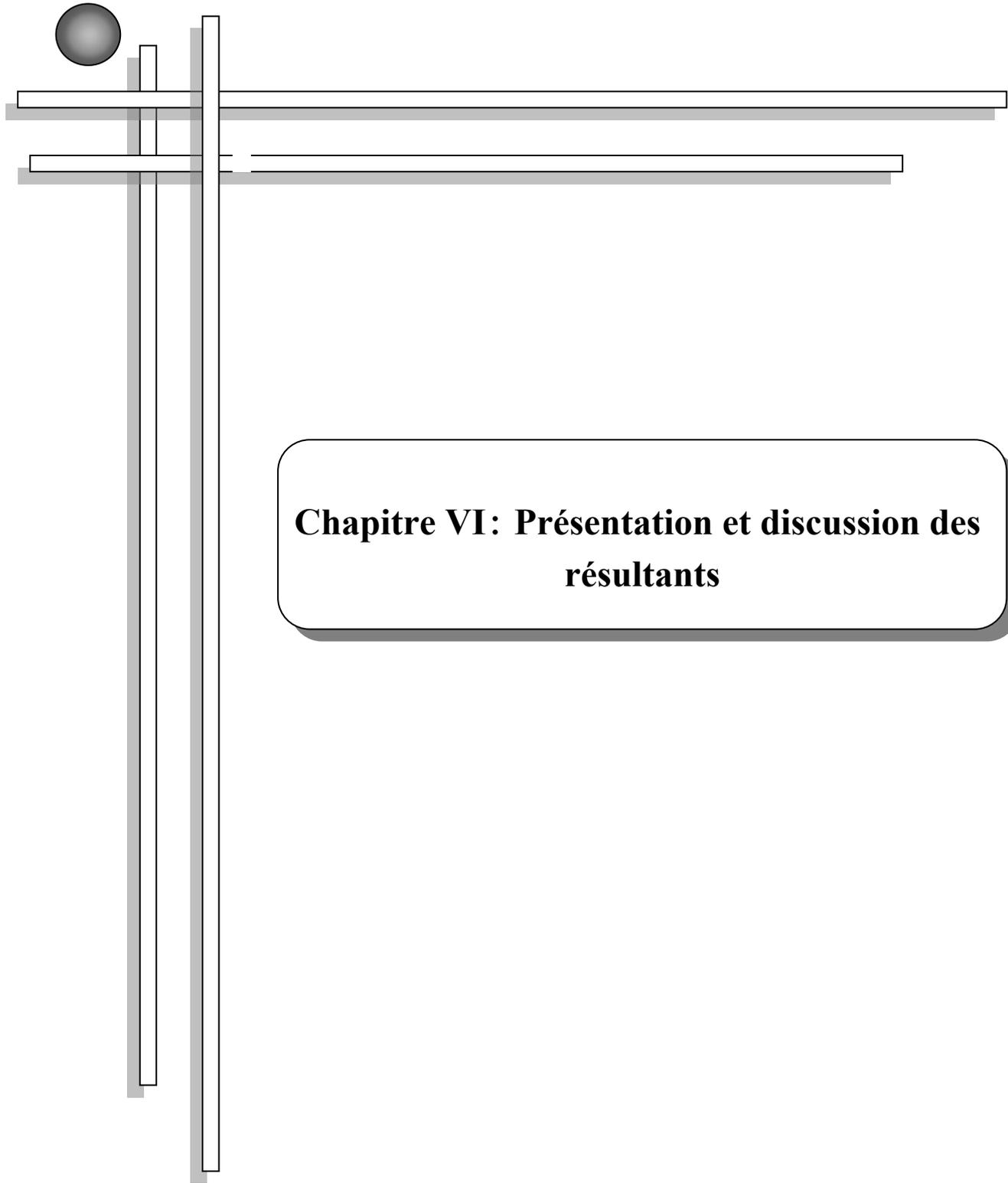
alpha Cronbach	$r = \frac{n \sum XY - (\sum X)(\sum Y)}{\sqrt{n \sum X^2 - (\sum X)^2} \sqrt{n \sum Y^2 - (\sum Y)^2}}$
(Indépendant t-test)	$\alpha = \frac{k}{k - 1} \left[1 - \frac{\sum s_i^2}{s_i^2} \right]$
Signification	$t = \frac{\bar{x}_1 - \bar{x}_2}{\sqrt{\frac{(s_1)^2}{n_1} + \frac{(s_2)^2}{n_2}}}$
Moyenne	Signification

Tableau N05 : qui représente les méthodes statistiques utilisées dans l'étude

Synthèse :

Il est important de souligner que chaque travail scientifique a une méthode précise.

Tout travail scientifique est fruit d'une méthodologie. Dans notre recherche, on a lissé la méthode descriptive plus appropriée à notre thème de recherche.



**Chapitre VI: Présentation et discussion des
résultats**

1. Présentation et analyse des résultats

1.1. Présentation des résultats d'étude :

❖ La première question :

➤ Est-ce que la prise en charge orthophonique est efficace dans l'amélioration de la communication verbale chez les enfants autiste ?

Pour répondre à cette question, on a trouvé des moyennes arithmétiques et des écarts –type dans les deux compétences langagière selon la réponse de membres de l'échantillon de l'étude sur l'efficacité de la prise en charge orthophonique dans l'amélioration de communication verbale chez les enfants autiste, comment indiqué dans le tableau suivant :

Tableau 06 : qui représente la moyenne arithmétique et écart-types de l'efficacité de la prise en charge orthophonique sur amélioration de l'expression orale dans les deux compétences langagière de la compréhension et l'expression orale selon les réponses de l'échantillon d'étude sur la grille d'observation.

N°	Les compétences	N	La moyenne	Ecart-type	Le classement	Décision
1	Les compétences de langage réceptif (compréhension)	30	2,55	0,23	1	Très efficace
2	Compétences de langage expressif (Expression)	30	2,50	0,34	2	Très efficace
Le degré total		30	2,46	0,16		Très efficace

➤ Le résultat de ce tableau montre que la moyenne arithmétique des deux compétences langagière de l'outil d'étude pour évaluer l'efficacité de la prise en charge orthophonique sur l'amélioration de l'expression oral chez les

enfants auristes est entre (2.50-2.55) de sorte que les compétences de langage réceptif (compréhension) est classé en premier avec une moyenne de (2.55) après les compétences langagière expressive en deuxième avec une moyenne arithmétique (2.50).

Et aussi le même tableau montre également que le degré total des prises en charge orthophonique inclus dans l'outil d'étude dans les deux compétences langagière (réceptive et expressive) ont une valeur de moyenne arithmétique de (2.46) c'est une valeur qui montre que la prise en orthophonique sur l'amélioration de l'expression orale chez les enfants autiste est très efficace.

❖ **La deuxième question :**

➤ Y a-t-il des différences statistiquement significatives dans l'efficacité des programmes de la prise en charge orthophonique dans l'amélioration de la communication verbale chez les enfants autistes en raison de variable du degré d'handicap autistique ?

Pour répondre à cette hypothèse, on a utilisé la moyenne arithmétique et l'écart-type ainsi que le test T de la réponse de membre de l'échantillon d'étude sur les grilles d'observation concernant l'efficacité de la prise en charge orthophonique dans l'amélioration de la communication verbale chez les enfants autistes (léger, moyen) .

Tableau 07 : représente les résultats de test T de la réponse de l'échantillon d'étude sur le questionnaire de l'efficacité de la prise en charge orthophonique dans l'amélioration de la **communication verbale** chez les enfants autistes et leur degré de l'handicap autistique (léger, moyen).

Degré	N	Moyenne	Ecart-type	Test T	Signification	Discision
Léger	19	2.37	0.21	2.14	0.012	Signifie
Moyen	11	2.09	0.62			

Degré de confiance sur le niveau : ($\alpha = 0.05$)

On a remarqué à travers ce tableau 07 qu'il existe des différences statistiquement significatives ($\alpha = 0.05$) revient à la variable de degré de l'handicap autistique (léger et moyen) sur les réponses de l'échantillon d'étude sur l'efficacité de la prise en charge orthophonique sur l'amélioration de l'expression orale chez les enfants autistes, ou elle montre des résultats d'étude du test T est égale (2.14) dans la signification(0.012).

❖ **La première hypothèse :**

La prise en charge orthophonique elle est très efficace sur l'amélioration de l'expression orale chez les enfants autistes.

Type d'hypothèse : hypothèse alternative orienté :alors à travers les résultats obtenus et cités dans le tableau précédent 06 on peut dire que l'hypothèse de la recherche qui affirme que la prise en charge orthophonique est très efficace sur l'amélioration de l'expression orale chez les enfants autistes a été réalisée.ces résultats son accord avec les conclusions de l'étude mené par yasser fares youssef khalil (2007) Intitulée : "Un programme de thérapie du langage pour le développement du langage réceptif chez les enfants souffrant de troubles du langage" ce que l'étude à conclu qu'il y a de l'amélioration dans le développement des compétences linguistique réceptive chez les enfants du groupe expérimental en raison de leur exposition au programmes de développement des compétences linguistiques réceptives" . On peut dire que ces programme sont approprié est efficace pour les autiste et il faut se travailler pour renforcer ces programme sont animé par des

éducateur et des apprenant ainsi que par des orthophonistes qualifiée a fin de bien la mettre en œuvre, pour suivre le travail avec les enfants autistes qui représentent une catégorie importante des enfants ayant des besoins spéciaux nécessitant une prise en charge permanente.

❖ **Deuxième hypothèse:**

Il y a des différences statistiquement significatives dans l'efficacité des programmes de la prise en charge orthophonique dans l'amélioration de la communication verbale chez les enfants autistes en raison de la variable de degré l'handicape autistique (léger, moyen).

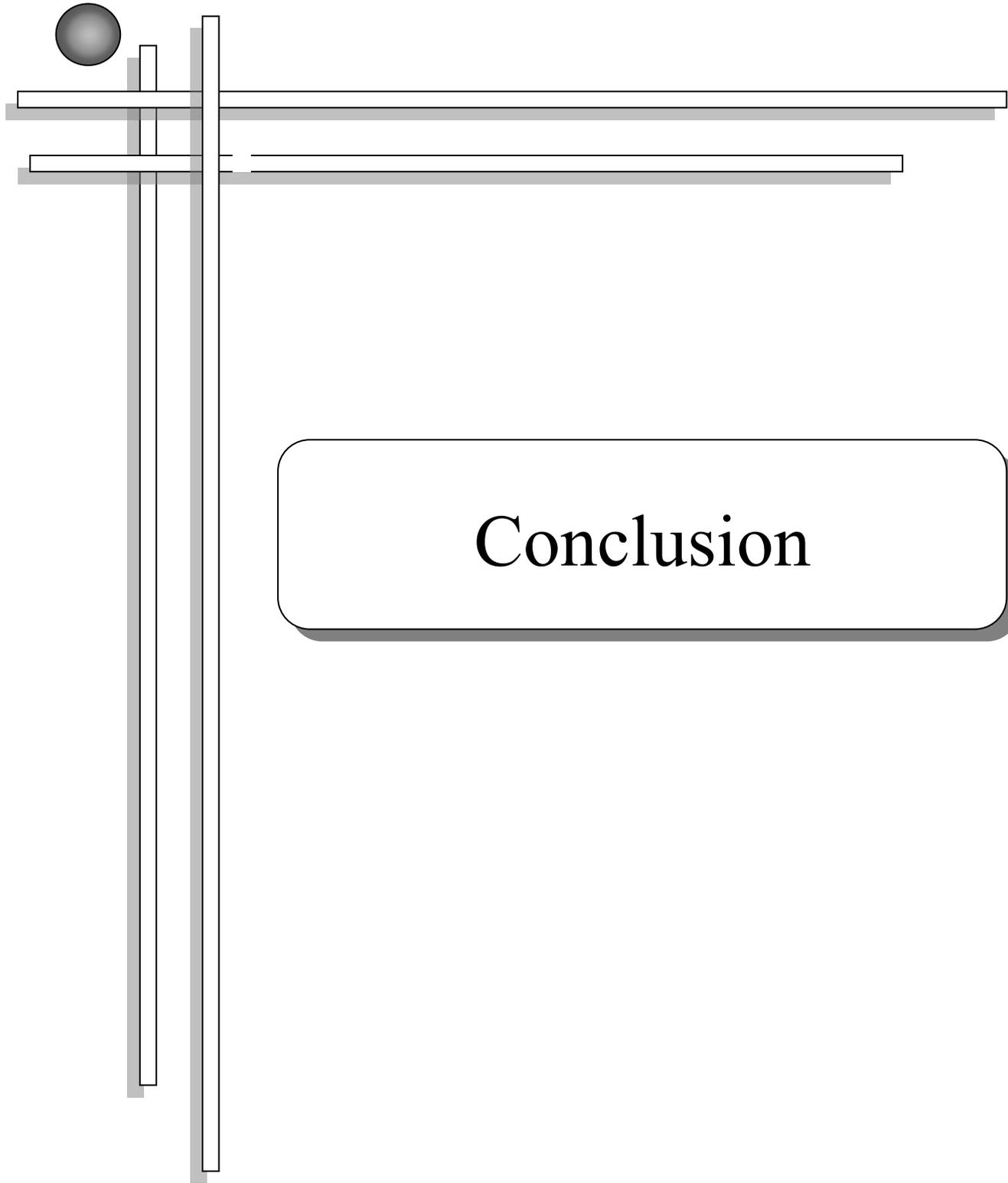
• **Type d'hypothèse :**

✓ **Hypothèses alternative non orienté :** Alors à travers les résultats obtenus dans le tableau (07), on voit que l'hypothèse de recherche est été réalisée, et en faveur d'un degré léger par rapport à un degré moyen, et donc il est certain que plus le degré d'handicape est léger plus les programmes sont efficace pour la prise en charge orthophonique dans le développement du la communication verbale chez les membres de l'échantillon. Pour que les résultats de cette étude soient en accord avec ce que **Gibson** (2003) a l'efficacité dans son étude « l'efficacité d'un programme linguistique est basé sur le développement des sons linguistique chez les enfants ayant des troubles de la voix et de la parole » j'ai donc constaté qu'il existe des différences statistiquement significatives entre les groupes expérimentaux en faveur du groupe expérimental en raison du programme proposé. Il est également en accord avec l'étude **ammaraouen** (2007) concernant « l'importance de la technique de la prise en charge orthophonique dans le développement du langage et des capacités sensori-motrice de l'enfant autiste ».où elle a également trouvé l'efficacité de la prise en charge orthophonique dans le développement du langage et sa relation avec l'éducation sensori-motrice chez l'enfant autiste. Selon les séances de la prise en charge orthophonique qui ciblent tous les membres de l'échantillon et il existe également des

différences statistiquement significatives dans l'efficacité des programmes de la prise en charge orthophonique selon le temps variable de l'intervention.

2. Le résultat général:

- ✓ Les programmes de la prise en charge orthophonique est très efficace dans l'amélioration de la communication verbale chez les enfants autistes.
- ✓ Il y a des différences statistiquement significatives dans l'efficacité des programmes de la prise en charge orthophonique dans l'amélioration de la communication verbale chez les enfants autistes en raison de la variable de degré l'handicape autistique (léger, moyen).



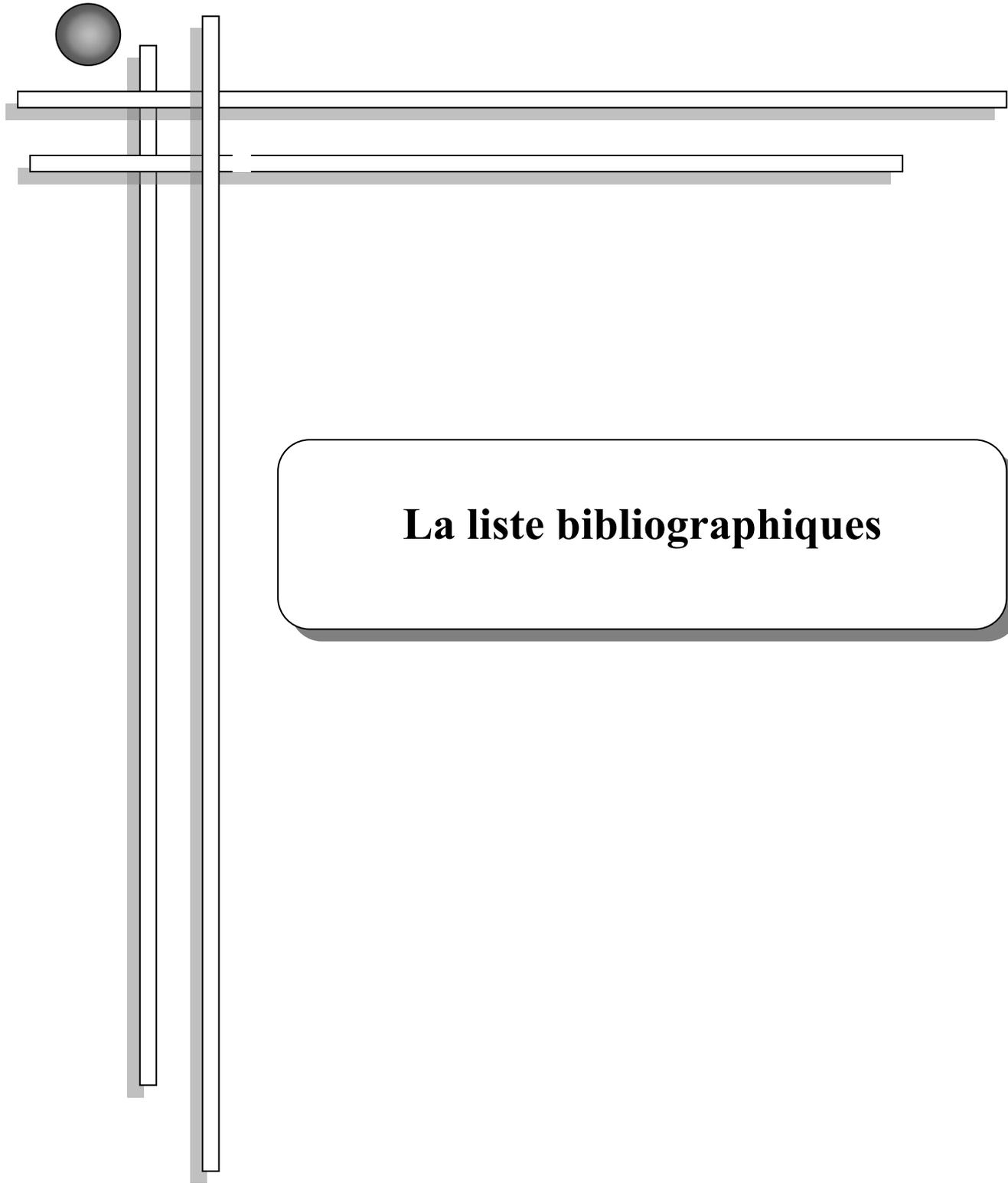
Conclusion

Conclusion

Conclusion:

A travers de ce qui a été contribué dans cette étude qui vise à évaluer l'efficacité des programmes de la prise en charge orthophonique dans l'amélioration de la communication verbale chez les enfants autistes, on trouve que malgré toutes les circonstances qui imprègnent le processus de la prise en charge des enfants autistes, ces programmes sont efficaces dans le développement de la communication verbale chez eux, même si les indicateurs montrent que ces programmes sont plus compatibles avec les catégories les moins sévères de sorte que plus le degré de l'handicap autistique est léger plus ces programmes seront efficaces.

C'est pourquoi nous ouvrons enfin d'autres perspectives de recherche liés à la proposition d'autres programmes plus adaptés aux groupes plus sévères dans le degrés de l'handicap autistiques, tout en étudiant l'ensemble des processus mentaux et cognitifs entourant l'enfant.



La liste bibliographiques

La liste bibliographique

I- Ouvrage :

- 1- B.Roge, (2003) « autisme, comprendre et agir »Ed dunod, paris.
- 2- B.Rogé(2014) « l'autisme de la compréhension à l'intervention »
Ed Dunod Paris.
- 3- C. tardif, B. Gepner, (2003) « l'autisme » Ed Nathan vuef, paris.
- 4- CAROLE, T., BRUNO, G. (2003). «L'autisme », Paris, Ed Nathn,
VUEF.
- 5- E. R. Rivo. B. laxer, (1983) « autisme, la réalité refusé » Ed simep,
paris.
- 6- ERIC, S., ROBERT-J., ET MARGARET, L. (2002). « Les stratégies
éducatives de l'autisme et des autres troubles du développement »,
traduction par CHATERINE, M, Paris, Masson.
- 7- G. lelord, D. sauvage, (1990) « l'autisme de l'enfant »Ed Masson,
paris.
- 8- G.Lelard,(1991) « l'autisme de l'enfant »Ed Masson, paris.
- 9- J-C.Juhel,(2003) « la personne autiste et le syndrome d'asperger »les
presses de l'université Laval, chronique sociale
- 10- J-F.Chossy ,(2003), «Autisme , comprendre et agir » Ed dunod,
paris.
- 11- J. Hochman, (2009), « histoire de l'autisme » Ed Odile Jacob,
paris.
- 12- Kh.Chahraoui, H.Benony, (2003), « Méthodes, évaluation et
recherches en psychologie clinique », Ed Dunod, paris
- 13-LELORD, G. (1989). «Thérapies pharmacologiques, neurologique et
psychoéducatives précoces dans l'autisme de l'enfant dans « soigner
éduquer l'enfant autiste », Paris, Masson.
- 14- Lisa Ouss-Ryngaert 2008 « l'enfant autiste » John libbey Eurolext
- 15-Marc Belhasen,Olga,Chaverneff(2006), « l'enfant autiste :un guide
pour les parents ».
- 16-Marc-Antoine Crocp,Julien-Daniel Guelfi (2016) mini DSM-5
critères diagnostiques,Paris.

La liste bibliographique

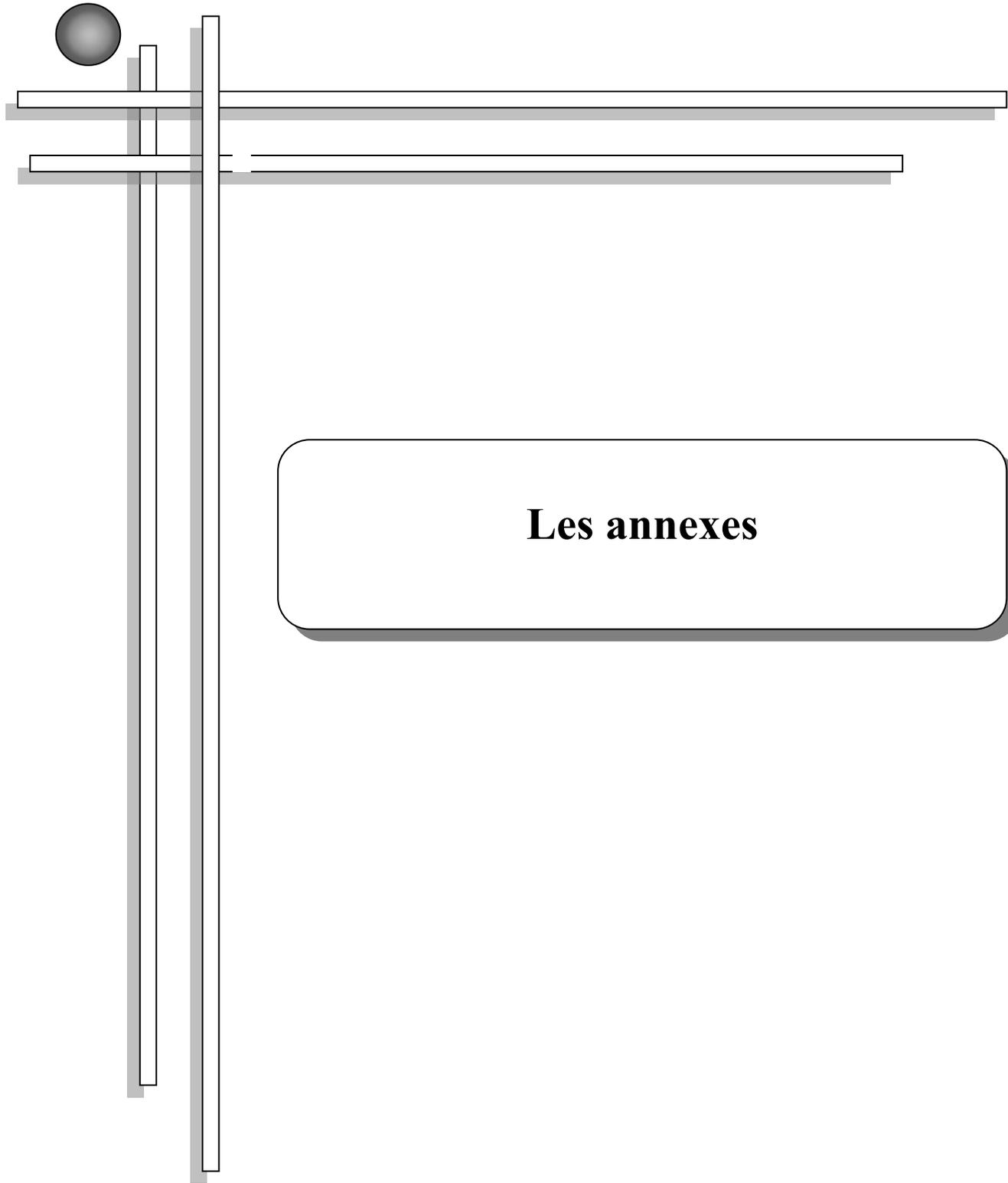
- 17-Maurice.A,(1997) « initiation pratique a la méthodologie des sciences humaines » Ed CEC
- 18-Nathalie Fallourd et all (2017) « Aider son enfant autiste: 50 fiches pour le soutenir et l'accompagner» de Boeck Supérieur SA
- 19- Omar.Aktouf. (1987),« méthodologie des sciences sociales et approche qualitative des organisations ».Québec
- 20-PASCAL, C., JOELLE, M., ET CHRYSTELLE, B. (2007). « L'autisme et les troubles du développement », Paris, 2eme Ed Masson.
- 21-SAUVAGE, D. (1988). « Autisme du nourrisson et de jeune enfant», Paris, 3 ème Ed Masson

II- Dictionnaire :

- 1- Frédérique Brin, « Dictionnaire d'orthophonie»,ortho édition
- 2- SILLAMY, N. (1999). « Dictionnaire de la psychologie », Edition Larousse, Paris.

II - Thèse :

- 1- 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.
- 2- Idir lamia (2012-2013) «Les modalités de prise en charge des enfants autistes de la ville de Béjaia» université de Bejaia
- 3- KinnaneDaouadji Amina (2018), aide à la décision pour la mise en place de parcours d'apprentissages adaptés aux profils cognitifs des autistes, université d'Oran
- 4- Louis Laplace et Valérie Neveu (2012) « trouble de la communication chez les adultes avec autisme » université de Lille 2 droit et santé .
- 5- M.Souad et M.Siham (2017-2018) « l'enfant autiste, les troubles du comportement, la prise en charge» université de Bejaia
- 6- Roger Sophie(2014), psychomotricité et programmes d'intervention globale dans la prise en charge précoce du jeune enfant autiste, université Toulouse3



Les annexes

Annexe n°1 : guide d'entretien

Des questions destinées aux spécialistes en orthophonie :

- 1- Combien d'années avez-vous d'expérience dans ce domaine ?
- 2- Quelle est votre méthode de travail ?
- 3- Après le diagnostic, quelle sont les programmes orthophonique appliqué avec les enfants autistes ?
- 4- Aide t-il vraiment l'enfant autiste dans son développement ?
- 5- Vous utilisez une seule méthode ou il ya une variation dans le domaine de prise en charge ?
- 6- Vous prenez combien de temps pour une séance de prise en charge ?
- 7- Y a-t-il un travail de collaboration entre vous et l'équipe qui prend en charge les enfants autiste (psychologue, éducateur, pédopsychiatre) ?
- 8- La guidance parentale ou la prise en charge des parents influence votre travail ? positivement ou négativement ?

Annexe n°2 : questionnaire

Université Abderrahmane Mira. Bejaia

Faculté Des Sciences Humaines Et Sociales

Département : Sciences sociales

Spécialité pathologie de langage et de la communication

Dans le cadre de préparation d'un mémoire de master

Objectif d'observation : l'efficacité de la prise en charge orthophonique sur l'amélioration de l'expression oral chez les enfants autistes

Veillez répondre attentivement à ce questionnaires et vous engagez à préserver la confidentialité de votre réponse, en tant que personne qualifiée pour nous fournir des informations appropriées sur ce sujet, qui ne sera utilisé dans notre étude.

Je vous remercie beaucoup

L'enfant n° : L'âge :

Le degré de l'autisme : compilée par :

Sexe :

Les annexes

Mettre une croix (X) dans la colonne correspondant a la note jugée la plus exacte

Les compétences	Faible	Moyen	Bien
1-répète les mots			
2-il peut exprimer ses sentiments			
3-il peut exprimer ses idées			
4-il peut nommer les jours de semaine			
5-il peut construire une phrase de deux mots			
6-il peut construire une phrase de trois mots			
7- il peut imiter des sons et des gestes			
8-capacité de nommer les personnes			
9-capacité de description des images			
10-capacité de nommer les noms des objets			
11-il peut compter jusqu'à 5 en ordre			
12-capacité de nommer les noms de famille			
13-il peut faire la différence entre matin et soir			
14-capacité à parlé et à imiter les sons			
15-capable de distinguer un message clair d'un message ambigu			
16-capacité à comprendre facilement les consignes quotidiennes			
17-capacité d'utiliser des locutions temporelles et locatives (le lieu)			
18- son contacte visuel est-il adapté ?			
19-utiliser les outils de connectivité			
20-capacité de répété des histoires et l'événement quotidiens (dans la rue, à l'école)			
21- capacité de répondre à des questions posées			

Les annexes

Annexe n°3

Items	Claire	Pas claire	Convenable	Inconvenable	Observation
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					

بِسْمِ اللَّهِ