

Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique

Université Abderrahmane Mira-Bejaia

Faculté des Sciences humaines et sociales Département Des Sciences sociales

MEMOIRE

De fin d'étude

En vue d'obtention d'un diplôme de master en Pathologie du langage et de la communication

Thème

Le rôle du programme TEACCH dans le développement de langage oral chez les enfants autistes

(Etudes de 04 cas à l'APCEA)

Présenté par :

M^{elle}: BENMERAD SARAH

Promoteur :

M^{er} : HADBI M

Promotion
2018-2019

Remerciements

Je tiens à remercier d'abord le bon Dieu qui nous a donné la force et le courage de réaliser ce modeste travail.

Je tiens à formuler ma gratitude et ma profonde reconnaissance à l'égard de mes parents pour leur soutien durant mes études.

Je remercie également tous ceux qui m'ont beaucoup appris et ont la gentillesse de faire de cette expérience un moment favorable.

En premier lieu mon encadreur : Mr Hadbi M qui ma accompagnés tout au long de cette expérience avec beaucoup de patience et de pédagogie.

Et mes enseignants et Mr Abbaci

En second lieu l'ensemble du personnel de l'association de prise en charge des enfants autistes (APCEA) ; et tous ceux qui m'ont aidé à élaborer ce travail.

Je tiens également à exprimer ma gratitude à M^{ed} Mouloudi N qui a sus me donner tous son savoir, et son soutien durant toute ma formation.

A toute personne ayant contribué de près ou de loin à la réalisation de ce modeste travail.

SARAH.

DEDICACE

*Avec ma profonde gratitude et grand amour, je dédie ce modeste travail à :
Mes très chers parents qui ont consacré leur vie pour bâtir la mienne, je leur serai
éternellement reconnaissant.*

Mes tantes et mes oncles

Mes frères : Mustapha, Arab, Hanine et Mouhand Lekhel.

Mes sœurs : Sonia et Chahinez.

La mémoire de mon grand père que dieu puisse l'accueillir dans son paradis.

Ma grand-mère que dieu la protège.

Et a tous mes amis

*Yassmina, Katia, Rania, Lydia
Hichem, Ikhlef, Nadjim, Djahid, Lamine*

Toute la famille BENMERAD

SARAH

La liste des abréviations :

AAC : l'Analyse Appliquée du Comportement.

ABA : Applied Behaviour Analysis.

APA : American psychiatric association.

APCEA : Association De Prise En Charge Des Enfants Autistes.

CIM-10 : Classification International des Maladies.

DSM-IV : Le Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux.

DSM-IV-TR : Le Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux. Révisé.

DSM-V : Diagnostic and Statistique Manuel.

OMS : Organisation Mondiale de la Santé.

PECS : Picture Exchange Communication System.

QI : Quotient intellectuel.

TCC : Les Thérapie Cognitivo-Comportementale.

TEACCH : Treatment and Education of Autistic and Related Cmmunication Handicapped Children ou traitement et éducation des enfants autistes et souffrants de handicaps apparentés de la communication.

TED : Trouble Envahissant De Développement.

TSA : Trouble de Spectre Autistique.

Introduction	01
Partie théorique	
Chapitre I : L'autisme	03
Préambule	03
1- Historique	03
2- La prévalence	04
3- Définition de l'autisme	06
4- L'origine et l'étiologie de l'autisme	06
5- Les troubles associés de l'autisme	08
5-1-Retard mental.....	08
5-2-Epilepsie	08
5-3-Anomalie génétique.....	08
6- Les symptômes associés	09
6-1-Trouble de sommeil.....	09
6-2-Problème moteur.....	09
6-3-Problème sensoriels.....	09
6-4-Trouble d'alimentation.....	09
6-5-Trouble émotionnels.....	10
7- Les symptômes de l'autisme	10
7-1-Comportements ; stéréotypées répétitifs.....	10
7-2-Les interactions sociales.....	10
7-3-Communication	11
8- Diagnostic différentiel	11
8-1-Avant l'âge de 3 ans.....	11
8-2-Après l'âge de 3 ans.....	12
9- La prise en charge	13
9-1-Les traitements médicamenteux.....	13
9-2-Les prises en charges thérapeutiques.....	14
9-3-La prise en charge éducative.....	15
10- Présentation du programme TEACCH	17
10-1- Présentation d'une activité du programme TEACCH.....	17
Conclusion	24

Chapitre II : le développement du langage orale.....	25
Préambule	25
1-Définition du langage.....	25
2- Les théories sur l'acquisition de langage.....	25
2-1- La théorie associative.....	25
2-2- La théorie sociale pragmatique.....	26
2-3- Les modèles de la coalition émergente.....	26
3 - Les étapes de l'acquisition du langage.....	26
3-1- La période pré linguistique (0-1 an).....	26
3-2- Les énoncés d'un seul mot (1 an).....	28
3-3- Les énoncés de deux mots (2ans).....	29
3-4- La phrase (3ans).....	30
4- Langage et autisme.....	32
4-1- La communication.....	33
5- Méthode d'apprentissage spécialisée.....	33
6-La Classification des troubles spécifiques du langage oral.....	34
6-1- le DSM-IV.....	35
6-2- la CIM 10.....	35
6-3- la CFTMEA-R.....	35
6-4- la classification proposée par C. Burzstejn.....	35
6-5- Les troubles articulatoires.....	35
6-6- Le retard simple de parole.....	36
6-7- Le retard simple de langage.....	36
6-8- Les dysphasies de développement.....	37
Conclusion.....	39

Partie pratique

Problématique et hypothèses.....	40
Chapitre III : Méthodologie de recherche.....	43
Préambule.....	43
1- La pré-enquête.....	43
2- La présentation de lieu d'étude.....	44
2-1- Les objectifs de l'association.....	44
2-2- Le personnel.....	44
2-3- Les fonctions du service.....	45
3- La méthode utilisée.....	45
3-1- La méthode descriptive.....	45
3-2- L'étude de cas.....	46
4- Le choix de groupe d'étude.....	46
4-1- Présentation de groupe d'étude.....	46
4-2- Les caractéristiques de la population.....	47
5- Les outils utilisés dans notre recherche.....	47
5-1- L'entretien.....	48
6- Le déroulement de la recherche.....	49
Conclusion.....	50
Chapitre IV : Présentations, analyses et discussions des résultats.....	51
Préambule :.....	51
1- Présentation et analyse des cas	51
1-1- Présentation et analyse de 1 ^{er} cas.....	51
1-2- Présentation et analyse de 2eme cas	51
1-3- Présentation et analyse de 3eme cas	52
1-4- Présentation et analyse de 4eme cas.....	53
2- Les résultats obtenus de l'exercice appliqué (Annexe 01).....	54
2-1- le premier cas « Dorane ».....	54
2-2- le deuxième cas « Anes »	55
2-3- le troisième cas « Adem »	56
2-4- le quatrième cas « Maroua »	57

3- Analyse des cas étudiés	59
4- La prise en charge des cas étudiés	59
2-1- le premier cas « Dorane ».....	59
2-2- le deuxième cas « Anes »	61
2-3- le troisième cas « Adem »	63
2-4- le quatrième cas « Maroua »	64
5- Analyse générale des quatre cas étudiés	65
6- Discussion de l'hypothèse.....	65
Conclusion.....	66

Liste bibliographiques

Annexes

INTRODUCTION

Introduction

L'autisme est défini comme le plus sévère des troubles psychopathologiques du développement de l'enfant. L'ensemble du développement est affecté dès la petite enfance, et la construction de repères en fonction de l'expérience est profondément troublée. L'autisme constitue le paradigme des troubles envahissants du développement (TED). L'autisme d'un enfant se manifeste comme un trouble du développement qui concerne l'ensemble des moyens de communication et de contact avec autrui, mais aussi les différents domaines d'acquisition de l'enfant et son comportement. Il touche diverses fonctions telles que les relations sociales, les activités imaginatives, l'expression des émotions, les capacités cognitives, perspectives ou motrice.

L'autisme se caractérise par un repli excessif sur soi-même, manque de communication et des troubles de comportement, en effet il entraîne un véritable handicap, mais celui-ci peut être surmonté par une prise en charge précoce, celle-ci doit faire appel à plusieurs spécialistes, elle est donc pluridisciplinaire tel que les psychologues, pédopsychiatres, orthophonistes et éducateurs pour une prise en charge thérapeutique ainsi que la famille doit être impliquée. C'est un véritable travail d'équipe.

Les parents jouent un rôle primordial dans le développement des capacités de l'enfant autistes, car ces derniers dépendent de leurs parents tout au cours de leur vie, et de répondre à tous leurs besoins complexes.

D'après plusieurs auteurs, c'est trop difficile aux parents d'élever un enfant autiste. L'autisme reste avant tout une maladie lourde et très handicapante pour des milliers de sujets et leur famille qui, même si elle est de plus en plus connue du grand public elle reste encore une énigme en de nombreux points pour les professionnels et les chercheurs. Il reste encore beaucoup de questions à élucider et d'autres à améliorer. La recherche scientifique avance à petit pas dans ce domaine, mais les résultats de ces études ont permis une meilleure compréhension des aspects liés à cette maladie.

L'autisme affecte aujourd'hui 67 millions de personnes à travers le monde, de tous les troubles graves de développement, il est celui qui connaît la plus rapide expansion dans le monde. Selon les statistiques de L'ONU (Organisation des Nations Unies), l'année 2011 .le

nombre de cas d'autisme diagnostiqué chez les enfants serait supérieur aux diagnostics de diabète, de cancer, et de sida.

L'Algérie compte 400 000 autistes, selon le professeur Mahmoud Ould Taleb, chef du service de pédopsychiatrie à l'hôpital Drid-Hocine d'Alger, même si les statistiques diffèrent d'une source à une autre, on estime que l'autisme touche une personne sur 1 000 dans une proportion de 4 garçons pour 1 fille. Une telle situation incite les scientifiques et les chercheurs cliniciens à fournir plus d'effort pour améliorer les conditions de vie et réduire les effets néfastes de l'autisme tant sur l'individu lui-même que sur sa famille et la société.

Chez les enfants autistes, on observe un retard ou une absence totale du parler sans le développement d'une communication gestuelle, absence de communication et de conversation avec autrui et aussi le développement du langage en retard ou absence de moyen de communication.

La première partie est consacrée pour le côté théorique, où on a traité deux chapitres, dans le premier concernant l'autisme on a essayé de donner sa définition, ses causes et sa prise en charge de l'enfant autiste ainsi que quelques autres points qui nous semblaient intéressants à la compréhension de cette maladie.

Dans le deuxième chapitre on a abordé le développement du langage oral chez les enfants autistes ou on a donné quelque étape de développement du langage et autres informations.

La deuxième partie de cette étude est consacrée au côté pratique, qu'on a divisé en deux autres chapitres. Le troisième chapitre est consacré au cadre méthodologique dans lequel on traite les points suivants : présentation des lieux de recherche, la démarche de la recherche, les outils et la population d'étude.

Le quatrième ou le dernier chapitre est réservé à l'analyse et l'interprétation des données et la discussion des hypothèses.

Partie
Théorique

CHAPITRE I

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 stéréotypies qui s'accompagne plus souvent d'un retard global des acquisitions (motricités ,parole, propreté, apprentissage).

1-Historique :

Au cours du temps, et au fur et à mesure de l'avancée des connaissances scientifiques, la définition de l'autisme a évolué. En effet, à l'origine le terme d'autisme a été introduit par Bleuler en 1911 pour qualifier le retrait relationnel symptomatique de la schizophrénie. Trente années plus tard Léo Kanner utilisera ce terme pour désigner un syndrome spécifique de l'enfant, qu'il nomme dans un premier temps « perturbation autistique du contact affectif» puis « autisme infantile ». En 1943, il publie les descriptions de onze enfants qui ont des difficultés relationnelles et communicationnelles. Sa démarche est alors de différencier les psychopathologies de l'enfant, de celles de l'adulte et de distinguer ces enfants « étonnamment intelligents », des enfants retardés mentaux ou « déments précoces », avec qui ils étaient jusque-là assimilés. (R.Roger, 2014, p : 2)

Dans les années quatre-vingt la parution de la troisième version du manuel statistique des troubles mentaux de l'association américaine de psychiatrie (APA 1980), classe l'autisme dans la section des « troubles globaux du développement» qui deviendront avec la parution du DSM-IV (APA 1994) « les troubles envahissants du développement ». La notion de psychose précoce longtemps associée à l'autisme est abandonnée. L'OMS définit alors l'autisme comme «un trouble envahissant du développement (TED), caractérisé par un développement anormal ou déficient, manifesté avant l'âge de trois ans avec une perturbation caractéristique du fonctionnement dans chacun des trois domaines suivants :

- Les interactions sociales réciproques,
- La communication,
- Les comportements au caractère restreint et répétitif ». (CIM-10)

Actuellement le terme de « troubles envahissant du développement » tend à être substitué par le terme de « trouble du spectre autistique », suite notamment à la parution du DSM-V. Le terme de spectre autistique est apparu il y a une dizaine d'années, suite aux nouvelles connaissances qui font état d'une origine plurifactorielle, et de la variabilité des tableaux cliniques, des trajectoires évolutives, et des troubles associés. Il rend compte d'une conception plus large des troubles autistiques. En 2008 Bernadette Rogé les définit comme « un ensemble de désordres d'apparition précoce (anomalie de l'organisation et du fonctionnement cérébral) qui viennent perturber l'évolution du jeune enfant et qui induisent des déficits et des anomalies qualitatives dans le fonctionnement intellectuel, sensoriel, moteur et langagier ». (R.Roger, 2014, p : 3)

En résumé, l'autisme est un trouble neuro-développemental, qui affecte le développement de l'individu de manière globale. Son diagnostic est clinique, dans la mesure où il n'existe pas à l'heure actuelle de marqueurs biologiques. Ce trouble présente une grande variabilité interindividuelle et intra-individuelle. Les caractéristiques de l'autisme évoluent tout au long de la vie de la personne en fonction de la sévérité de ses symptômes, de son environnement, de ses expériences et de ses spécificités propres.

L'autisme peut être associé à de nombreux autres troubles, et signes cliniques : comme le retard développemental (cognitif, langagier, moteur), les anomalies motrices (motricité fine, globale ou faciale), à des perturbations dans les acquisitions de l'autonomie (alimentation, propreté, sommeil), à des particularités dans la sensorialité, à des difficultés d'imitation, à l'épilepsie, au syndrome du X fragile, à l'incapacité d'apprentissage Non Verbal (IANV), des troubles médicaux, des troubles psychiatriques (dépression, anxiété, troubles obsessionnels compulsifs...).

2-La prévalence :

Quand il a été identifié, l'autisme était considéré comme une maladie rare de l'enfance. La première étude épidémiologique avait calculé la prévalence (nombre de cas/ population) de l'autisme au sens strict (l'autisme de Kanner), et non de l'ensemble des TSA, et portait sur une population de 78 000 enfants âgés de 8 à 10 ans du comté du Middlesex (Angleterre). Après évaluation par des questionnaires comportementaux, la prévalence avait été estimée à environ 4,5/10 000 (soit 0,04%). (Lotter, 1966, p124.135).

Eric Fombonne, dans une revue examinant 47 études, rapporte des prévalences très variables de 0,7 à 72,7 pour 10 000. Il note une corrélation positive entre la prévalence et l'année de l'étude, il estime la prévalence de l'autisme à 22 pour 10 000 et celle de l'ensemble des TED à 66,7 pour 10 000, soit un individu sur 150. (Fombonne, 2009, P591.598).

Aux États-Unis, la prévalence des troubles du spectre de l'autisme (TSA) a fait un bond de plus de 75 % dans les 10 dernières années, pour passer de 1 cas sur 150 en 2002 à 1 cas sur 88 en 2008, selon les données des centres pour contrôle et prévention des maladies (CDC) (Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network Surveillance Year 2008 Principal Investigators and Centers for Disease Control and Prevention, 2012). Cette dernière a depuis été réévaluée et selon les dernières estimations de 2014, l'autisme sous toutes ses présentations cliniques affecterait 1 enfant sur 68 aux États-Unis (Developmental Disabilities Monitoring Network Surveillance Year 2010 Principal Investigators and Centers for Disease Control and Prevention, 2014). Ainsi, ce chiffre est plus de 30 fois supérieure à la première estimation de la prévalence de l'autisme obtenue par Lotter en (Lotter, 1966, P67).

En Algérie, Il n'y a pas de données précises mais environ 39000 autistes ont été recensés selon le ministère de la solidarité nationale (Ziani-Bey, 2016).

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

Cette augmentation apparente de la prévalence peut s'expliquer de nombreuses façons, à savoir :

- l'élargissement des critères diagnostiques, qui permet aujourd'hui la reconnaissance de cas moins sévères que l'autisme typique qui n'auraient pas été diagnostiqués auparavant (King et Bearman, 2009, P29).
- l'augmentation de l'âge parental à la naissance des enfants qui constitue un facteur de risque pour les TSA (Gardener et col, 2009, P98).
- l'influence de facteurs environnementaux, comme la pollution, les pesticides ou autres toxines, mais, à part quelques exceptions, aucune preuve scientifique établissant un lien clair avec l'environnement n'a encore été rapportée (Nevison, 2014, P95).

3. Définition de l'autisme :

Dans le DSM-5, nouvelle classification américaine, ils décrivent ce syndrome sous le terme de trouble du spectre autistique ou trouble du spectre de l'autisme (T.S.A.) en tenant compte essentiellement des points suivants :

- A. Déficits persistants de la communication sociale et des interactions sociales qui se manifestent par des déficits de la réciprocité émotivo-sociale, des déficits dans les comportements de communication non-verbaux utilisés pour les interactions sociales et des déficits dans le développement, le maintien et la compréhension des relations.
- B. Aspects restreints et répétitifs des comportements, intérêts, ou activités qui se manifestent par des mouvements moteurs stéréotypés ou répétitifs, une insistance sur l'immuabilité, une adhésion inflexible à des routines, ou à des modèles ritualisés de comportements verbaux ou non verbaux, des intérêts restreints et figés et une hyper ou hypo-réactivité sensorielle, intérêts inhabituels pour les aspects sensoriels de l'environnement.
- C. Les symptômes doivent être présents au début du développement ou peuvent être masqués par des apprentissages.
- D. Les symptômes causent une altération cliniquement significative dans le fonctionnement quotidien.
- E. Ces perturbations ne peuvent pas être expliquées par une déficience intellectuelle ou un retard du développement global. Cependant, ces facteurs peuvent être associés au spectre autistique. (Marie-Rose Debot-Sevrin et col, 2015, p20).

4. L'origine et l'étiologie de l'autisme :

Durant les 50 dernières années, les théories psychogénétiques de l'autisme désignant les parents comme principaux responsables ont laissé la place à une approche qui considère que l'autisme est causé par une forme d'anomalie neurobiologique du cerveau (Rapin, 2001 ; Schopler & Mesibov, 1995). Parmi les causes possibles, on retrouve des anomalies au niveau des lobes temporaux qui affectent le processus de la parole et du langage, des virus affectant le cerveau comme par exemple ceux résultant d'une rubéole contractée durant la grossesse ou encore un déséquilibre de certains neurotransmetteurs comme par exemple les niveaux de sérotonine dans le sang.

Bien que la plupart des professionnels s'accordent sur l'implication de problèmes neurobiologiques, aucun des mécanismes spécifiques identifiés jusqu'à présent ne s'applique à tous les enfants présentant des Troubles du Spectre de l'Autisme.

Bien que des particularités génétiques associées à l'autisme aient été identifiées, celles-ci n'ont toutefois pas encore d'implications directes au niveau de la prise en charge. Par le passé, la plupart des généticiens pensaient que des facteurs génétiques déterminaient les caractéristiques individuelles et étaient fondamentalement indépendants des facteurs environnementaux. Aujourd'hui pourtant, de nombreux généticiens insistent sur l'interaction entre les facteurs génétiques et environnementaux. Même lorsqu'une carte génétique précise et complète est établie, les comportements qui en résultent ne pourront être prédits si l'on ne tient pas compte des effets spécifiques de l'environnement. En dépit des nombreuses avancées scientifiques au sujet de cette classification, il n'existe encore aucun remède et les défis posés par l'autisme et les autres troubles envahissants du développement sont toujours bel et bien présents. Actuellement, seules des stratégies éducatives appropriées offrent le meilleur espoir d'améliorer le développement et la qualité de vie de ce groupe d'enfants. (E. Schopler et col, 2010, p17. 18).

La recherche n'a pas, à ce jour ; réussi à dresser le portrait complet de l'étiologie spécifique de chaque trouble ou la trajectoire développementale menant à chacun. L'autisme touche tout le monde. Nous sommes bien loin de tout ce qui a pu être dit par le passé, « l'autisme serait dû à de mauvais rapport mère enfant". Il faut bannir ces propos. Les causes celles connues actuellement sont tout autres. Nul ne sert de culpabiliser, ici ce qu'il faut ; c'est avancer. (Sabrina Béranger, 1945, p. 1)

Les origines de l'autisme sont encore inconnues mais en ce qui concerne les facteurs de risque d'autisme, on sait qu'elles sont multiples :

- Les facteurs génétiques.
- Les facteurs environnementaux.
- Les facteurs immunologiques.
- Les facteurs neurobiologiques. (Sabrina Béranger, 1945, p. 1)

Il faut donc d'emblée préciser qu'il n'existe certainement pas une cause unique responsable de l'autisme. Ce dernier n'est pas une maladie mais un syndrome.

De plus, comme nous l'avons dit, les avancés de la recherche dans différents domaines ne permettent pas encore de parler d'étiologies stricto sensu, mais plutôt de facteurs de risque.

(J. Carole, G. Bruno, 2003, p. 57).

5. Les troubles associés à l'autisme :

5.1. Retard mental :

Est caractérisé par une perturbation limitée à un domaine spécifique des activités scolaires (par exemple : la lecture, le calcul, l'expression écrite), plutôt qu'une altération générale du fonctionnement intellectuel. Il est limité à une altération du discours ou du langage. (Michael B. First et al, 1999, p. 119)

Il comprend une altération qualitative des compétences sociales et un répertoire restreint d'intérêts ou d'activités ; toutefois, le retard mental est fréquemment comorbide des Troubles envahissants du développement. (Michael B. First et al, 1999, p. 119)

5.2. Epilepsie :

Est un syndrome clinique correspondant à un trouble neurologique intermittent probablement, dû à une décharge paroxystique, brutale, excessive et désordonnée de neurones corticaux. (F. Brin et col, 2004, p. 93)

On parle de crise camitale partielle ou généralisée selon que le patient en le conserve ou non le souvenir, localisée (ou focale) ou essentielle selon qu'elle fait suite soit à une lésion cérébrale (que l'on peut alors localiser) soit à la stimulation simultanée des deux hémisphères cérébraux (on peut alors distinguer la crise grand mal de la crise petit mal). (F. Brin et col, 2004, p. 93)

5.3. Anomalie génétique :

Les maladies citées pour leur association avec l'autisme sont nombreuses, elles sont décrites comme plus fréquemment associées à l'autisme qu'en population générale mais restent pour la plupart rares. Une de ces associations fréquemment décrite est celle de l'x fragile. (Fanny Grossman, 2010, p. 14)

6. Symptômes associés à l'autisme :

6.1. Trouble de sommeil :

Sont pratiquement la règle chez la personne avec autisme. Ces troubles du sommeil peuvent avoir des retentissements sur la personne autiste elle-même, en majorant ces troubles de comportement par exemple ou ses difficultés attentionnelles, par ailleurs, ces symptômes aggravent souvent l'épuisement familial. Les troubles du sommeil peuvent persister jusqu'à l'âge adulte. (Fanny Grossmann, 2010, p. 11, 12)

6.2. Problèmes moteurs :

Des signes tels que l'hypertonie ou l'hypotonie, des anomalies discrètes sur le plan postural et des problèmes de coordinations 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 relation qui participe à la communication par les gestes et les postures. Pour ce qui est de l'expression faciale, la mobilité est souvent réduite. Les mimiques faciales sont pauvres et peu ajuster au contexte social. (Fanny Grossmann, 2010, p. 11, 12)

6.3. Problèmes sensoriels :

Du point de vue sensoriel, l'enfant présente aussi de multiples particularités d'apparition précoce. Les perturbations concernant généralement toutes les modalités sensorielles. Elles se manifestent soit par des réactions atténuées voire absente, soit au contraire par des réponses exagérées. Elles accompagnent de réactions d'évitement ou alors de conduites entraînant une autostimulation. Cependant dans la plupart des cas, l'hyperréactivité existe chez un même sujet, et c'est donc la fluctuation des réponses qui caractérise le mieux le comportement. Il est important d'insister sur les particularités des réactions à la douleur présente chez certains individus donnant l'impression d'une élévation du seuil de perception de la douleur. (F. Grossmann, 2010, p. 11, 12)

6.4. Troubles de l'alimentation :

Les perturbations de l'alimentation sont également répondues : passivités lors des tétées, refus de diversification, sélectivité, ritualisation de la situation des repas. (Fanny Grossmann, 2010, p. 11, 12)

6.5. Troubles émotionnels : Sont fréquents dans le développement et comportement notamment des manifestations d'anxiété. Avec l'âge, les manifestations anxieuses s'estompent le plus souvent. (Fanny Grossmann, 2010, p. 11, 12)

7. Les symptômes de l'autisme :

7.1. Comportement, stéréotypés répétitifs :

- Intérêt inhabituel et trop prolongé pour les jeux de mains devant les yeux.
- Sensibilité particulière pour les rythmées non significatives.
- N'embrasse pas, ne met pas les bras autour du cou, rires ou colères sans raison.
- Auto-agressivité.
- Colère, opposition bizarreries du comportement. (R.de Villard, 1984, p. 50, 52).
- Les objets sont utilisés de façon détournées ou stéréotypée, par exemple l'enfant fait tourner longuement les roues de la petite voiture près de son oreille au lieu de la faire rouler sur le sol.
- Il aligne inlassablement des jouets. (P. Lenoir et col, 2007, p. 12).

7.2. Les interactions sociales :

- Absence de mimétisme affectif avec visage figé, ne répond pas aux stimulations.
- Absence d'intégration de ce qui est vu ou entendu entraînant : une absence de sourire, réponse ou peu de sourires discriminatifs, mais par contre, sourires aux anges, sourires par hasard qui se prolongent normalement.
- Troubles du regard avec évitement : détourne son regard si on le regarde de près, regard absent, vide comme un aveugle, coups d'œil fugitifs, sur observation du détail (regard périphérique).
- Reconnaît probablement la voix de la mère, mais ne le manifeste pas, et ne l'interprète pas.

Ne répond pas à l'appel de son nom.

Pas de manifestation de joie à la vue des proches. (R. De Villard, 1984, p. 50, 52)

- Il ne joue pas avec les autres enfants.
- Il ne partage pas l'émotion avec autrui.

- Un manque de réactivité aux autres, ou d'intérêt pour eux.
- Il peut utiliser l'adulte comme un objet pour parvenir à ses besoins (prend la main de l'adulte sans le regarder pour ouvrir une porte par exemple).
(P. Lenoir et all, 2007, p. 11)

7.3. Communication :

- Absence de langage ou langage n'ayant pas valeur de communication.
- Répète des mots sans signification (écholalie), mais n'utilise jamais à bon escient les petites phrases « au revoir, bravo ».
- Absence de compréhension des idées abstraites.
- Difficulté à imiter les expressions du visage ou gestes, comme montrer du doigt, applaudir ou saluer.
- Prosodie particulière (absence d'intonation appropriée). (R. De Villard, 1984, p.50, 52)
- Le développement : absence du langage, retard du langage.
- Syntaxe : inversion des pronoms (utilisation de « Tu » ou « Il » à la place de « Je »). (P. Lenoir et col, 2007, p. 12)

8. Diagnostic différentiel :

8.1. Avant l'âge de 3 ans

8-1-1- 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 général 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

8-1-2- La cécité : qui peut aussi poser des difficultés de diagnostic, notamment chez les plus jeunes. Cependant si elle est isolée, l'apparition du langage et la recherche de contact corporel viennent infirmer le diagnostic de troubles envahissant du développement.

8-1-3- Les troubles du langage : dysphasiques et autistes ont en commun le retard de langage, les troubles de la parole (expression) et pour certains d'entre eux des troubles de la compréhension des sons et du langage oral. De plus certains enfants dysphasiques peuvent développer aussi des problèmes de la relation sociale. Il y a donc des cas limitant de diagnostic

complexe. Mais le plus souvent les enfants dysphasiques diffèrent clairement des enfants autistiques en ce qu'ils ont une capacité à communiquer par les gestes et les expressions.

8-1-4- 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 différentes fonctions : mémorisation, catégorisation...

8-1-5- Les dépressions et carences affectives : elles ont pu parfois être confondues avec l'autisme en raison de l'apathie, du retrait, du refus de contact. Mais la symptomatologie dépressive du jeune enfant fait généralement suite à un changement repérable dans son environnement et l'analyse sémiologique montre que les capacités de communication sont préservées. Le tableau clinique s'améliore rapidement si une prise en charge spécialisée intervient précocement. Lorsqu'il s'agit de carences affectives graves et durables, en revanche, il peut y avoir une parenté sémiologique avec l'autisme. Les anomalies grossières des conditions de vie sont alors facilement identifiées si les antécédents sont connus. Mais parfois l'anamnèse est insuffisante (enfants plus grands dont le passé est mal précisé, cumul de facteurs, adoption tardive etc...). En principe le domaine de la « sociabilité » est plus susceptible d'être préservé, ou amélioré par les soins, s'il ne s'agit pas à l'origine d'un autisme.

8-2--Après l'âge de 3 ans

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

Certaines dysphasies (formes 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. Amy. M-D (2009),

8-2-1- 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.

8-2-2- 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 sévères (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 troubles graves du comportement. (Pascal Lenoir et al, 2007, P29)

9- La prise en charge :

A l'heure actuelle, il n'existe pas de traitement pour l'autisme. Aucun traitement médical n'a été trouvé à ce jour, malgré le nombre considérable jamais égalé d'études et recherches consacrées à cette affection. Il est clair qu'une éducation spécialisée, conçue et mise en œuvre en fonction des capacités et des spécificités de chacun constitue la base indispensable de toute prise en charge de la personne autiste. Le traitement médicamenteux ne peut être prescrit qu'en association à une éducation spécialisée. Il est important de prendre en charge l'enfant autiste le plus rapidement possible afin de lui offrir les meilleures chances d'atténuer les troubles encombrants inhérents à l'autisme. De plus, un « traitement » adéquat pour leur enfant autiste permet aux parents d'être soulagés par ce soutien. Cela les amène à ne pas focaliser leur attention uniquement sur l'enfant atteint d'autisme, mais d'offrir également à la fratrie ce dont elle a besoin. (M. D et col, 2008, P54),

9-1- Les traitements médicamenteux :

Faire l'état de la question des médicaments dans l'autisme n'est pas facile, car les données en pharmaco-épidémiologie sont rares et les études peuvent présenter des résultats opposés pour un même essai médicamenteux. Il n'existe pas de pharmacologie spécifique pour l'autisme et pas de médicaments dont on puisse affirmer qu'ils aient montré leur efficacité curative dans les troubles autistiques. Certains symptômes ou comportements autistiques peuvent bénéficier de traitements efficaces. (C.Tardif. ET B. Gerbner. 2003, P107)

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

des comportements gênants quand ils existent et réhabiliter des fonctions déficitaires. Or ceci pose un problème d'utilisation de certains produits qui, prescrits pour atteindre le premier objectif de façon efficace, risque d'entraver (par exemple, les neuroleptiques vont faire baisser les troubles du comportement, mais diminuer la vigilance et risquer d'entraîner une sédation des fonctions cognitives, communicatives...). De plus, dans l'autisme, les traitements sont souvent de longue durée. (C.Tardif. ET B. Gerbner. 2003, P107)

Ainsi, à côté des médicaments traditionnels (neuroleptiques à visé sédative), il existe de nouveaux produits antipsychotiques qui semblent avoir de bons effets au le plan clinique sans présenter des inconvénients majeurs des produits classiques (la Risperidone). De même certains produits sont en cours d'expérimentation (Naltrexone, Sécrétine, Vitamine B6, et Magnésium, Fenfluramine...) pour viser à améliorer des cibles particulières (hyperactivité, auto agressivité, agitation, interaction). Il est donc important avant toute prescription, d'évaluer sur quelles cibles comportementales ou quelles fonctions on veut intervenir, et pour quels types de troubles autistiques et quel profil d'enfant autiste on veut essayer ce traitement. (C.Tardif. ET B. Gerbner. 2003, P107).

9-2- Les prises en charges thérapeutiques :

Les psychothérapies sont multiples ; elles peuvent être individuelles ou groupales et elles peuvent être utilisées assez diversement pour agir sur les troubles du comportement, sur l'éveil sensoriel, sur les perceptions corporelles, sur les capacités de jeux, sur les fonctions instrumentales...elles peuvent être médiatisées par des supports (jeux, peinture, musique...) pour permettre à l'enfant de communiquer à partir d'un intérêt particulier. (C.Tardif.ET B.Gerbner, 2003 P109).

9-2-1- La psychothérapie individuelle :

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

9-2-2- Les thérapies familiales systémiques :

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

9-2-3- Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) :

Dans leurs différentes formes s'intéressent généralement à modifier certains comportements inadaptés ou dangereux pour la personne ou pour autrui (automutilations, agressivité). Elles doivent utiliser des procédures positives pour aider la personne à avoir des conduites plus adéquates socialement. Les renforcements positifs sont utilisés pour aider la personne à progresser. Le but est de réapprendre à la personne un comportement approprié par les techniques très codifiées. (C.Tardif.Et B.Gerbner, 2003 P109).

9-2-4- La thérapie institutionnelle :

C'est la méthode utilisée dans les établissements du secteur médico-social et hospitalier. Prendre en charge l'enfant dans sa globalité au sein d'une équipe pluridisciplinaire. L'institution est alors posée comme un espace de rencontre, un cadre protecteur est protégé, assurant une fonction contenante (au sens de bion) est un espace transitionnel (au sens de Winnicott). La personne généralement prise en charge dans des séances individuelles, mais de groupe, lors d'ateliers. La vie de l'institution fait alterner des temps dits thérapeutiques et des temps dits occupationnels. Une occupation doit avant tout avoir un objectif, le choix d'une occupation intéressante, appropriée, régulière et ciblée pour la personne autiste pourra diminuer son ennui, ses stéréotypies ou ses comportements difficiles, et lui permettre d'apprendre ou de se faire plaisir. (C.Tardif.Et B.Gerbner, 2003, P109, 110).

9-3 La prise en charge éducative :

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

Plusieurs études recensées par N.Adrien montrent l'intérêt d'imiter les comportements propres des enfants autistes pour améliorer la relation de l'autiste avec son entourage ; en effet, les échanges visuels seraient plus fréquents pendant cette période, et les interactions plus longues. On peut également travailler sur certains comportements pivots desquels découlent certaines compétences : il s'agit par exemple des conduites à adopter en société pour permettre une intégration la meilleure possible. (N.Adrien, 1996, P193).

9-3-1- Le programme de Schopler (TEACCH) :

La Division TEACCH Traitement et éducation des enfants avec autisme et autres handicaps de la communication, créée aux États-Unis, est une méthode éducative spécifique. En partant de l'observation et de l'étude du fonctionnement cognitif de l'enfant autiste. Il s'agit en réalité d'un programme qui vise à insérer l'enfant autiste dans son environnement naturel en favorisant le développement de son autonomie. Afin de concrétiser l'objectif, le programme s'appuie sur trois grands principes : Le programme met l'accent sur les stades de développement de l'enfant afin d'intervenir adéquatement ; dans la petite enfance on s'intéresse au diagnostic, l'entraînement des parents et sur l'aide psychopédagogique ; à l'âge scolaire, on se penche sur les problèmes d'apprentissage et les troubles du comportement ; à l'adolescence et l'âge adulte, on tend vers une grande autonomie, avec une formation professionnelle. Dans ce programme, les parents jouent un grand rôle dans la prise en charge de leur enfant. Les parents sont, orientés par les professionnels. De leur côté les parents s'impliquent dans le programme éducatif de l'enfant. Le projet éducatif individuel repose sur une véritable collaboration et une reconnaissance mutuelle. Sa mise en œuvre repose sur deux principes : La structuration : Il s'agit d'adapter l'environnement à l'enfant autiste et de lui rendre compréhensibles les concepts abstraits qui lui posent le plus de problèmes, notamment l'écoulement du temps. (B.Rogé.P147).

La communication : Il est nécessaire d'introduire une communication codée non verbale à travers le canal visuel qui est le moins entravé par les troubles. Et ce par le biais de gestes, objets, images, photographies. Adaptation du programme éducatif et thérapeutique à chaque enfant, en fonction des données du bilan des émergences, des attentes des parents. Ce qui implique une formation approfondie des personnes chargées d'intervenir auprès de ces enfants. (B.Rogé.P147).

10. Présentation du programme TEACCH :

"Treatment and Education of autistic and related communication handicapped children". "Traitement et éducation d'enfants atteints d'autisme et de troubles apparentés de la communication".

Les procédés d'évaluation et de développement des programmes d'enseignements destinés aux enfants autistes, constituant la méthode "TEACCH", sont universellement reconnus. C'est à Chapel Hill, en Caroline du Nord(Etats-Unis) ; Éric Schopler crée la division TEACCH, à titre expérimental. Cette méthode propose programmes d'enseignement individualisé, modèle en fonction du milieu éducatif, familial ou scolaire. (Éric Schopler et col, 1993, p. 3)

Le profile comporte 7 zones principale de la fonction d'instruction (imitation, perception, motricité générale, et fine, coordination œil- main, performance cognitive, compétence verbale) en outre la table des matières comporte : (autonomie, sociabilité, comportement) et présentent 296 activités ordonnée selon leur niveau de développement et les degrés de difficultés. Des tables-index donnent pour chaque niveau de développement les activités propres aux différents domaines fonctionnels. (Éric Schopler et col, 1993, p. 3)

Le programme TEACCH a été spécifiquement conçu pour les personnes atteintes d'autisme (ou de troubles apparentés de la communication) met ainsi à la disposition des éducateurs, des parents d'enfants autiste, des psychologues, l'expérience d'un enseignant de nombreuses années. Le noyau de ces programmes d'enseignement était destiné à des activités d'enseignements à effectuer sur table pendant des périodes quotidiennes d'une durée allant de 15 minutes à 1 heure. La collaboration entre parents et éducateurs est essentielle pour obtenir une gestion logique du comportement et pour développer des programmes d'enseignements individualisés de manière optimale. (Éric Schopler et col, 1993, p. 4)

10.1. Présentation d'une activité du programme TEACCH :

Dans cette partie, nous avons utilisés certains exercices relatifs aux compétences verbales :

- Début de vocalisation :

But : encourager le développement d'une vocalisation significative.

Objectif : Émettre un son explosif reconnaissable en faisant exploser des bulles.

Fournitures : pot de bulles de savon.

- Sons de consonnes :

But : développer la capacité de répéter des sons simples de consonnes initiales.

Objectif : se familiariser avec des sons de consonnes déterminées et répéter ces sons.

Fournitures : livre d'image d'une ferme ou image d'un chien, une vache et un canard.

- Combiner des sons :

But : Développer les capacités de vocalisation nécessaire pour apprendre la parole.

Objectif : Combiner deux sons.]

Fournitures : Aucune.

- Exclamations simples :

But : Répéter et utiliser Développer les capacités préalables à la vocalisation.

Objectif : des exclamations simples de manière adéquate et développer la notion de relations entre son et action.

Fourniture : Balle.

- Premiers mots :

But : Développer des vocalisations imitatives vers des mots significatifs.

Objectif : Utiliser des mots simples de manière expressive et approprié.

Fournitures : Balle, biscuit, poupée.

- Bonjour et revoir :

But : Développer un vocabulaire approprié à la sociabilité.

Objectif : Faire le geste ou dire «bonjour» et «au revoir» de manière indépendante au bon moment.

Fourniture : Aucune.

- Dire son nom :

But : Améliorer le langage expressif et la notion d'identité.

Objectif : Parler de soi-même en disant son nom.

Fourniture : Miroir.

- Bruits d'ambiance :

But : Améliorer la vocalisation indépendante et développer de meilleures capacités de jeu.

Objectif : Faire spontanément différents bruits d'animaux et d'ambiance.

Fourniture : Auto, avion, chien en peluche, chat en peluche.

- Verbes :

But : Développer la connaissance et l'utilisation de verbes et accroître les capacités de langage expressif.

Objectif : Employer correctement et de manière indépendante des verbes simples. **Fourniture** : Images de personnes vaquant à des occupations courantes.

- Nommer des membres de la famille :

But : Accroître le langage expressif et la capacité de communiquer.

Objectif : Nommer sans aide chaque membre de la famille.

Fourniture : Photographies de chaque membre de la famille proche et des animaux de compagnie (veillez à ce que chaque personne ou animal soit clairement reconnaissable sur la photo).

- Chanter :

But : Améliorer les capacités de vocalisation et développer la compréhension du timbre vocal.

Objectif : Changer de timbre et d'inflexion en chantant avec une autre personne.

Fourniture : Aucune.

- Encore :

But : Développer la notion de «plus» et améliorer la sociabilité.

Objectif : Demander, sans aide, plus d'un objet désiré.

Fourniture : Friandises ou tout objet dont l'enfant voudrait recevoir plus.

- Propos d'un seul mot :

But : améliorer la capacité de communiquer et développer le vocabulaire.

Objectif : exprimer un besoin ou un désir au moyen d'un mot.

Fournitures : escalier, tricycle, balle.

- Que veux-tu ?

But : améliorer les capacités du langage expressif et le vocabulaire.

Objectif : indiquer un désir en nommant un objet désiré parmi deux objets au choix.

Fournitures : trois paires d'objets ménagers courants que le sujet connaît et aime bien.

- Possessifs :

But : améliorer l'expression verbale et enseigner l'emploi des possessifs.

Objectif : identifier des objets par la personne à qu'ils appartiennent.

Fournitures : objets appartenant à des membres de la famille et clairement reconnaissable comme étant à eux.

- Jeux de oui- non :

But : améliorer la connaissance des noms et des objets et développer la capacité d'écouter de brèves questions et de répondre correctement « oui » ou « non ».

Objectif : employer « oui » ou « non » de manière correcte en voyant un objet et répondant à la question « Est-ce un... » .

Fournitures : deux petites boîtes, cinq à huit objets ménagers courants que le sujet reconnaît (par exemple : chaussure, balle, tasse ...).

- Nommer des animaux :

But : améliorer le vocabulaire.

Objectif : nommer sans aide quatre animaux.

Fournitures : animaux en peluche ou image d'animaux.

- Nommer des objets :

But : améliorer les capacités spontanées de répondre à des questions et de nommer des objets.

Objectif : nommer une série d'objets dans une catégorie connue sur la base de la perception visuelle seulement.

Fournitures : objets ménagers courants groupés en catégories (par exemple, choses bonnes à manger : une pomme, une tranche de cake et un biscuit).

- Comprendre des phrases :

But : employer de manière expressive des phrases simplement construites.

Objectif : regarder une image et décrire l'image par une phrase de trois ou quatre mots comportant un sujet et un verbe.

Fournitures : grand morceau de carton, images de personnes faisant des choses courantes (par exemple, courir, marcher, dormir).

- Dimension :

But : Développer l'usage correct d'adjectifs et améliorer la connaissance de la dimension.

Objectif : Dire ou montrer « grand » ou « petit » en réponse à la question « quelle est la dimension ? ».

Fournitures : Deux objets identiques de dimension différentes (par exemple cubes ou perles).

- Lui et elle :

But : Développer l'utilisation des pronoms personnels et améliorer la distinction entre homme et femme.

Objectif : Utiliser correctement « il » et « elle » en identifiant des hommes et des femmes dans des images.

Fournitures : Images de revues montrant des hommes et des femmes ou des garçons et des filles se livrent à des activités que le sujet connaît.

- Au-dessus et en – dessous :

But : Améliorer la capacité expressive d'employer des adjectifs et la compréhension de relations spatiales.

Objectif : Employer des mots ou gestes pour « au-dessus » et « en-dessous » pour indiquer l'emplacement d'une récompense désirée.

Fournitures : Trois tasses, des friandises.

- Répondre à des questions «ou ... ou » :

But : Améliorer le langage expressif et développer la capacité de faire des choix de manière indépendante.

Objectif : Faire un choix de manière indépendante en présence d'une alternative concrète et exprimer ce choix verbalement.

Fournitures : Objets ménagers que le sujet connaît et aime.

- Conversations structurées :

But : Développer les capacités de conversation.

Objectif : Répondre de manière appropriée à de simple questions de conversation et améliorer les capacités fondamentales et sociabilité.

Fournitures : Images de revues, perles, tasses.

- Exprimer un bref message verbal :

But : Développer des capacités de conversation et améliorer la mémoire et les aptitudes de sociabilité.

Objectif : Retenir un bref message (quatre à six mots) et l'exprimer verbalement à une autre personne.

Fournitures : aucune.

- Pluriels :

But : Développer l'usage correct du pluriel.

Objectif : employer correctement le pluriel pour identifier des groupes d'objets familier.

Fourniture : objets ménagers courants que le sujet reconnaît (par exemple biscuits, animaux en peluches, balles).

- Nommer des formes :

But : améliorer le langage expressif et la désignation nominale.

Objectif : identifier verbalement trois formes courantes (carré, cercle et triangle).

Fourniture : morceaux de carton ayant la forme d'un cercle, d'un carré et d'un triangle.

- Exprimer l'utilité des objets :

But : améliorer la capacité de faire une conversation et la nomade l'utilité des objets.

Objectif : expliquer verbalement l'utilité d'objets ménagers courants.

Fourniture : quatre objets ménagers courants (par exemple, un livre, une cuiller, une tasse et un jouet).

- Notions temporelles :

But : améliorer la compréhension des notions temporelles et étendre le vocabulaire.

Objectif : répondre par un mot à des questions simples concernant le moment auquel un événement se produit généralement.

Fourniture : images de personnes se livrant à des activités connues (par exemple courir, manger, dormir).

- Compter :

But : améliorer le vocabulaire et les concepts numériques.

Objectif : compter jusqu'à cinq sans aide.

Fourniture : cubes développer l'emploi d'adjectifs descriptifs et améliorer la compréhension des couleurs.

Objectif : nommer de manière expressive quatre couleurs primaires.

Fourniture : cubes de couleur (rouge, vert, jaune et bleu).

- Raconter une histoire I :

But : améliorer les capacités de langage expressif et la mémoire.

Objectif : raconter, avec un minimum d'incitation, une histoire vue récemment.

Fourniture : téléviseur.

- Raconter une histoire II :

But : améliorer la capacité d conversation et les aptitudes de sociabilité.

Objectif : décrire sans incitation quatre ou cinq caractéristiques d'une image.

Fourniture : livre d'image simple.

- Les notions de temps :

But : améliorer le vocabulaire et ma compréhension des notions temporelles.

Objectif : Employer correctement les mots « hier », « aujourd'hui », « demain ».

Fourniture : grande feuille de papier ou de carton, marqueur, images représentant des événements faisant partie de la routine quotidienne de sujet.

- Les jours de la semaine :

But : améliorer le langage expressif et la compréhension des notions temporelles.

Objectif : nommer dans l'ordre les jours de la semaine.

Fourniture : tableau des activités de la semaine (voir l'exercice de les notions de temps).

(E. Schopler et col, 1993, P143.168)

Conclusion :

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 II

Le développement du langage oral

Préambule

Maîtriser le langage, ce n'est pas seulement associer des signes ou des mots à des objets, ce que font certains animaux (chimpanzés ou bonobos), c'est aussi et surtout établir une relation avec un univers abstrait, détaché de la situation, dans lequel les mots viennent structurer une réalité singulière, fabriquer de l'imaginaire, de l'humour ou parler d'autres choses que de la situation immédiate (Van Der Straten, 1991). En effet, le langage humain n'est pas lié spécifiquement et uniquement aux événements immédiats, grâce à lui nous pouvons évoquer des événements réels, imaginaires, passés ou futurs.

1-Définition de langage :

Selon Ferdinand de Saussure, fondateur de la **linguistique**, définit le **langage** comme un système de signes qui unit par convention une idée, un concept et un son, une image acoustique, discipline paramédicale ayant pour but l'étude et le traitement des troubles du langage oral et écrit.

2-Les théories de l'acquisition du langage :

Il existe trois grands courants sur l'acquisition du langage dans la littérature contemporaine qui expliquent chacun comment l'enfant peut résoudre les trois problèmes précédemment cités : la théorie associative (Smith 2000), la théorie sociale-pragmatique (Baldwin 2000, Bloom 2000, Tomasello 1995, 1999) et les modèles de la coalition émergente (Hirsh-Pasek & Golinkoff 1999, Hollich et al. 2000, Golinkoff et al. 2000).

Ces trois théories s'accordent sur le fait que l'enfant aborde l'acquisition lexicale avec un certain nombre de biais. Par exemple, le biais de la totalité permet à l'enfant d'isoler les objets et les actions comme des tous cohérents, et le biais de la référence permet à l'enfant de percevoir les mots – notamment les noms – comme référant à de tels tous cohérents.

En revanche si ces théories s'accordent sur le fait que l'acquisition lexicale consiste à construire un lien entre les différents mots et les différents objets ou classes d'objets auxquels ils réfèrent, elles diffèrent quant à la façon dont s'établit ce lien. (N. Foudon, Université Lyon 2008 P 12 13 14)

2-1-La théorie associative

Selon la théorie associative, la création du lien entre le mot et le référent s'établit de façon purement associative. Cet apprentissage est simplement la mémorisation d'une série de

paires associées (le mot et le concept — ou le mot et l'objet). Les enfants ont besoin de la saillance perceptive du référent et de la coïncidence (la présence) entre l'objet et le mot. L'enfant comprend le mot s'il est prononcé lorsque l'objet correspondant fait l'objet de son attention. (Smith, 2000). . (N. Foudon, Université Lyon 2008 P 12 13 14)

2-2-La théorie sociale-pragmatique

Pour la théorie sociale-pragmatique, le lien entre le mot et l'objet ne peut se créer que sur la base de la perception de l'intention du locuteur par l'enfant. La perception de cette intention est nécessaire et suffisante pour la création du lien lexical. Les enfants utilisent la direction du regard de leur interlocuteur et le contexte social pour inférer le sens des mots nouveaux. (Baldwin et col, 2000). (N. Foudon, Université Lyon 2008 P 12 13 14)

2-3-Les modèles de la coalition émergente

Le modèle de la coalition émergente propose une association des deux théories précédentes. L'enfant utilise tous les indices pour la création du lien lexical, les ajoutant au fur à mesure de son développement qui les lui rend progressivement accessibles. Cette théorie présuppose donc trois phases successives dans l'acquisition lexicale. Lors de la première, le seul mécanisme impliqué est l'association. Lors de la seconde phase, les enfants utilisent tous les indices sociaux à leur disposition pour inférer le sens de mots nouveaux et créer l'association, comme dans la théorie sociale-pragmatique. Et pour finir, lors de la dernière étape, les enfants ajoutent à leur panoplie d'outils la possibilité de déduire le sens des mots nouveaux (i.e., comme référant à des objets ou à des événements) à partir de la grammaire et de la morphologie. (Golinkoff et col. 2000). (N. Foudon, Université Lyon 2008 P 12 13 14)

3- Les étapes de l'acquisition du langage

Nous distinguons quatre grandes étapes : la période prélinguistique, celle des énoncés d'un seul mot, celle des énoncés de deux mots, et enfin la période de la phrase avec son évolution longue et complexe qui se poursuit jusqu'à l'âge adulte et parfois au-delà. Les âges indiqués pour chaque étape correspondent bien sûr plus à des repères qu'à des normes absolues d'évolution. (Bernicot, J, 1998, p. 420-439)

3-1- La période pré linguistique (0-1 an)

Ces dernières années un nombre important de recherches se sont concentrées sur cette période aussi bien dans le domaine de la production que dans celui de la réception. Ces

recherches ont changé l'image que l'on avait du bébé. Sur le plan de la production, les comportements communicatifs, vocaux et gestuels, du jeune enfant par certains aspects obéissent aux mêmes règles que ses comportements communicatifs linguistiques ultérieurs. Sur le plan de la réception des productions linguistiques de son entourage, le bébé dès la naissance possède des mécanismes perceptifs lui permettant de distinguer les sons de la parole. Il existe donc une spécialisation des acquisitions, et certaines conduites apparaissent de façon beaucoup plus précoces qu'on ne le croyait dans les années 1960 et 1970. (Bernicot, J, 1998, p. 420-439)

3-1-1- La production

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

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

Pendant cette période, l'enfant passe progressivement d'une forme globale de communication mettant en jeu le corps tout entier à une forme plus différenciée qui fait appel à l'activité vocale et à un début de compréhension verbale. Outre l'apprentissage de sons de sa langue maternelle, un aspect important de cette phase, est l'entrée de l'enfant dans les mécanismes de base de la communication (bruner, 1983 ; 1991). Par exemple, certaines règles liées à la référence dans le dialogue ou à l'action conjointe (coopération) sont acquises entre 9 et 18 mois. De plus, à la fin de cette période prélinguistique, l'enfant adapte ses messages non verbaux à l'interlocuteur et à la situation de communication selon des règles analogues à celles utilisées pendant la période linguistique (bernicot et marcos, 1992). Deleau (1990) s'intéresse aussi au lien entre communication prélinguistique et linguistique. (Bernicot, J, 1998, p. 420-439).

3-1-2- La réception :

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

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

Le bébé est installé avec une tétine relié à un dispositif électronique qui permet de compter le nombre de succion grâce à la variation de la pression de l'air dans le tuyau. Le rythme de succion est un indice de l'état général du bébé. Quand il est habitué à son environnement (c'est à dire au son "pa") ce rythme se stabilise. On change alors brusquement le son en présentant "ga". On considère que si l'enfant réagit au nouveau son en suçant plus énergiquement sa tétine cela signifie qu'il est capable de le distinguer du précédent. D'un point de vue théorique, cela suppose qu'à l'état initial l'enfant ait un système perceptif lui permettant de distinguer les sons de la parole sur la plupart des dimensions phonétiques. (Bernicot, J, 1998, p. 420-439)

3-2- Les énoncés d'un seul mot (1 an)

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

Depuis le début du siècle de nombreux auteurs se sont penchés sur les énoncés à un seul mot des très jeunes enfants. Pour certains, l'enfant commence par nommer des objets concrets animés ou inanimés. Cependant, d'après les observations de bloom (1973), les noms concrets joueraient un rôle relativement mineur dans une première phase. A 16 mois ce sont plutôt des prépositions, négations, adverbes et verbes qui sont employés. Si l'on en croit Nelson (1973), les enfants ne parleraient pas tous pour dire la même chose. Chez certains enfants, les énoncés sont plutôt référentiels c'est-à-dire orientés vers les objets. Chez d'autres, au contraire ces premiers énoncés sont plutôt expressifs c'est-à-dire orientés vers la communication : demande, refus, appel, etc... (Bernicot, J, 1998, p. 420-439)

Bloom (1973) a aussi étudié l'usage des noms de personne. Dans un premier temps, les enfants les utilisent pour nommer quelqu'un qui entre en scène, pour saluer quelqu'un, et pour l'appeler. Puis il les utilise pour désigner des objets appartenant à la personne nommée. Enfin, on note l'utilisation des noms de personne pour nommer l'agent d'une action prévue et imminente. (Bernicot, J, 1998, p. 420-439)

D'une façon générale, ces mots isolés produits sont interprétés par son entourage familial comme ayant des significations relativement complexes comparables à celles d'une phrase. Théoriquement les mots produits par les enfants ont une signification indéterminée ou ambiguë : en effet, en produisant "papa" l'enfant peut vouloir dire : "voilà papa", "papa, viens m'aider", "papa a un nouveau pull", etc... Dans la pratique, ces énoncés sont interprétés sans problème à partir de la situation de communication et permettent des interactions satisfaisantes entre l'enfant et son entourage. Les mots de l'enfant ne prennent donc une signification et parfois une signification complexe que par l'interprétation qu'en font les adultes. L'existence même de ces mots ayant valeur de phrases est le témoin de l'importance de l'interprétation par l'adulte du langage de l'enfant dans le processus du fonctionnement du langage mais aussi certainement dans son processus d'acquisition. (Bernicot, J, 1998, p. 420-439)

3-3- Les énoncés de deux mots (2 ans)

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

A partir de l'âge de deux ans, l'enfant produit des énoncés de deux mots qui sont organisés selon une grammaire, que l'on appelle grammaire-pivot, mise en évidence par Braine (1963) à partir de corpus d'enfants anglophones. On distingue selon cette grammaire deux classes de mots : la classe pivot (p) et la classe ouverte(o). Les énoncés possibles de deux mots sont de la forme : o + p ou p + o. Les mots-pivots sont peu nombreux. Pour un enfant donné, chacun à une place fixée dans l'énoncé qui peut être soit la première, soit la seconde. Les mots ouverts sont plus nombreux. Pour un enfant donné, ils n'ont pas de place fixe dans l'énoncé. Le tableau 1 reprend des exemples d'énoncés de deux mots fournis par Oléron (1976) et Hurlig et Rondal (1981). (Bernicot, J, 1998, p. 420-439)

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

Pour cette raison cette grammaire, bien que fonctionnelle jusqu'à l'âge de deux ans, est une sorte d'impasse linguistique rapidement abandonnée par l'enfant. Les modalités de passage des énoncés de deux mots à la phrase n'ont jamais été totalement éclaircies et les hypothèses émises n'ont jamais fait l'objet de vérification systématique : il semblerait qu'une grammaire plus complexe puisse s'élaborer à partir d'une différenciation des classes P et O en sous-classes. (Bernicot, J, 1998, p. 420-439)

Dans les énoncés de deux mots produits par les enfants le mot-pivot et le mot ouvert entretiennent différentes catégories de relations sémantiques : l'existence, la disparition, la récurrence, l'attribution, la localisation, la possession, le bénéfice, l'instrumentation, la relation agent-action, et la relation action-patient. Ceci montre une certaine spécialisation et aussi une complexité de l'utilisation du langage chez l'enfant dès l'âge de deux ans. (Bernicot, J, 1998, p. 420-439).

3-4- La phrase (3 ans)

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

3-4-1- Le syntagme nominal et le syntagme verbal

L'évolution du syntagme nominal est marquée par l'évolution de ces différents éléments : nom, pronom, article adjectif préposition et adverbe.

D'après le manuel d'Hurtig et Rondal l'évolution du syntagme verbal est essentiellement marquée par l'utilisation des différents temps et mode du verbe (passé, présent, futur). L'ensemble des formes et syntagme nominal est réalisé entre deux et six ans. Produit entre quatre et six ans. En sachant qu'il existe des différences interindividuelles fortes on peut cependant donner les tendances d'un ordre général d'acquisition. (Bernicot, J, 1998, p. 420-439).

La forme la plus précocement utilisée est la copule "est" (le gâteau est bon) souvent avant deux ans et demi. Ensuite les auxiliaires être et avoir, Les formes de l'infinitif, de l'indicatif présent et du passé indéfini sont acquises entre deux ans et demi et quatre ans. Les premières formes du futur apparaissent vers 4 ans : il s'agit du futur périphrastique (ex: il va venir, ça va être mon anniversaire). Le futur simple apparaît plus tard. Les formes de l'imparfait

et du conditionnel sont les plus tardives et n'apparaissent qu'entre cinq et six ans. (Bernicot, J, 1998, p. 420-439)

A cinq ans l'enfant utilise la plupart des formes du verbe. Il est cependant important de noter qu'il ne les utilise pas essentiellement pour marquer la place de l'action dans le temps (passé-présent-futur). En cela, le comportement de l'enfant diffère clairement de celui de l'adulte. En effet, dans les productions de l'enfant jusqu'à l'âge de six ans, les différentes formes des verbes désignent surtout l'aspect de l'action, c'est à dire des caractéristiques indépendantes de sa chronologie (Bronckart, 1976). Quelques exemples de caractéristiques aspectuelles de l'action sont indiqués ci-dessous.

- La distinction action en cours/action intemporelle : "elle est en train de prendre sa leçon de piano"/"elle prend des leçons de piano".
- La distinction déroulement de l'action/résultat de l'action : "il mangeait du caviar"/"il a mangé du caviar".
- La convention dans l'imaginaire : "j'étais le gendarme et toi le voleur".
- l'expression du souhait : "ça va être mon anniversaire bientôt". (Bernicot, J, 1998, p. 420-439)

3-4-2- Les stratégies de l'acquisition du langage :

L'enfant qui apprend sa langue adopte une attitude face aux messages verbaux de son entourage différente de celle qu'aurait un adulte maîtrisant parfaitement sa langue. Ces attitudes de l'enfant reposent sur certaines régularités que l'on appelle stratégies. Les stratégies sont définies par Oléron (1979) comme des procédés employés par les enfants pour interpréter des énoncés, souvent complexes, en utilisant certains indices syntaxiques. Il est important de souligner qu'il ne s'agit pas de procédés mis en œuvre délibérément, consciemment par les enfants mais de régularités dans la manière d'aborder les énoncés. (Bernicot, J, 1998, p. 420-439)

Dans cette perspective la compréhension des phrases passives, des pronoms et des relatives en "que" et en "qui" a été étudiée (Ségui et Léveillé, 1977). C'est ce dernier exemple que nous allons développer ici. Exemple de relative en "qui" Le président qui salue la foule (renversable) La foule qui salue le président (renversable) Le chat qui mange la souris (non renversable) Exemple de relative en "que" Le président que salue la foule (renversable) La

foule que salue le président (renversable) La souris que mange le chat (non renversable). (Bernicot, J, 1998, p. 420-439)

Les relatives en "qui" n'altèrent pas l'ordre canonique agent-action-patient : celui qui fait l'action apparaît en premier, puis vient l'action réalisée, et enfin celui sur lequel porte l'action. Les relatives en "que" modifient cet ordre canonique : celui sur lequel porte l'action apparaît en premier, puis vient l'action, et enfin celui qui la réalise. Les relatives peuvent être renversables lorsque l'inversion de l'agent et du patient correspond à une phrase sémantiquement acceptable. Elles sont dites non renversables lorsque cette inversion est impossible sur le plan sémantique. La compréhension des relatives en "qui" (qu'elles soient renversables ou non ne pose pas plus de problème que celle des phrases actives : on obtient entre 3 ans 7 mois et 4 ans 8 mois 100% de bonnes réponses. (Bernicot, J, 1998, p. 420-439).

La compréhension des relatives en "que" n'apparaît pas au même âge pour les phrases non renversables (3 ans 7 mois) et renversables (10 ans 6 mois). Il apparaît donc que pour les relatives en "que" non renversables les enfants utilisent une stratégie basée sur les informations sémantiques. Pour les relatives en "que" renversables n'amène pas à une interprétation unique, les enfants utilisent une stratégie basée sur l'ordre canonique qui les conduit à une interprétation erronée jusqu'à un âge (10-11 ans) relativement tardif. (Bernicot, J, 1998, p. 420-439)

Après avoir fait une présentation des étapes de l'acquisition du langage, il maintenant nécessaire de faire appel aux théories qui tentent d'expliquer cette évolution.

4-Langage et autisme :

L'acquisition du langage par un enfant autiste Comme pour tous les enfants, l'acquisition du langage est une activité progressive. Chez les enfants autistes, on observe un retard ou une absence totale du parler sans le développement d'une communication gestuelle. Les bébés « sans trouble » au stade du babillage, imitent les sons qu'ils entendent, les sons de la langue maternelle. L'imitation sert à apprendre la langue et à communiquer. En revanche, les bébés autistes présentent une déficience au niveau des capacités d'imitation. Ils sont généralement peu curieux et ne portent pas grand intérêt au monde qui les entoure. Quand ils ont assimilé un son, ils le répètent par écholalie, c'est-à-dire qu'ils font le son dans un contexte différent de celui où il a été prononcé et sans le comprendre. Ainsi, si un langage se développe, on observera des dysfonctionnements dans la capacité à comprendre et à donner du sens.

Le trouble autistique est une maladie neurologique qui affecte le fonctionnement du cerveau et qui altère les capacités de reconnaissance des expressions. (M. Leroy, & C.Masson, 2010p. 89-110).

4-1- La communication

De part leurs troubles, les enfants autistes ont des difficultés à communiquer. Ils 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 ce fait, ils développent des « tics » de langage en énonçant un mot appris dans un contexte totalement différent. Dans une conversation, il n'y a pas d'échanges, d'interactions, juste des répétitions de mots ou de phrases (« j'sais pas » notamment pour le contexte scolaire). (M. Leroy, & C.Masson, 2010p. 89-110).

5-Méthode d'apprentissage spécialisée :

Un enfant autiste est capable d'apprendre, il lui faut toutefois un cadre structuré. Marie Leroy et Caroline Masson, pédopsychiatres, proposent la méthode A.B.A. (« Applied Behavior Analysis », l'analyse appliquée du comportement). Il s'agit d'un programme composé de deux enseignements visant à la modification du comportement et au développement des compétences.

Dans le premier enseignement, l'enseignement « structuré », à l'instar des apprentissages scolaires classiques, l'enfant autiste est assis à un bureau et répond à des questions où toutes les réponses correctes ou début de réponses correctes sont fortement récompensées, et toutes les erreurs sont corrigées de manière extrêmement neutres. (M. Leroy, & C, Masson, 2010, P 89-110).

Le deuxième enseignement, l'enseignement « incidental », s'applique partout, dans la vie quotidienne, et a pour but de guider l'enfant (apprentissage de la propreté, par exemple). Ici encore, chaque action adaptée, ou ébauche d'action adaptée est encouragée. Cette méthode A.B.A., même si elle n'est pas miraculeuse, porte progressivement ses fruits, semble beaucoup aider les enfants autistes.(M Leroy et C Masson,.2010 , P 89-110).

Les enfants autistes ont du mal à communiquer. Toutefois, grâce à un enseignement spécialisé, ces enfants peuvent progresser. En France, 1 enfant sur 10 est autiste. Jusqu'en 1980,

l'autisme, ou TSA (troubles du Spectre Autistique) était considéré comme une maladie psychiatrique proche de la schizophrénie. C'est grâce aux travaux du pédopsychiatre Léo Kanner, que l'autisme a pu être identifié comme un trouble particulier. Aujourd'hui, l'OMS dans sa classification internationale des maladies définit l'autisme comme « un trouble envahissant du développement qui affecte les fonctions cérébrales ». De nombreux ouvrages et études scientifiques éclairent ce problème. Mais qu'en est-il de la parole des plus concernés ? Que nous disent les autistes ? (M. Leroy, C. & Masson, 2010.p. 89-110).

Devant un enfant qui ne parle pas, parle mal, ou ne paraît pas comprendre ce qu'on lui dit, la démarche du clinicien doit être double. Tout d'abord, il faut affirmer le « trouble », c'est à dire affirmer le décalage qui existe entre les acquisitions langagières de l'enfant et les normes pour l'âge. Le médecin peut s'aider pour cela de repères simples mentionnés désormais dans le carnet de santé, ou utiliser des tests plus précis. Ensuite, il faut rechercher des causes secondaires à ce trouble, c'est à dire des pathologies responsables de la mauvaise structuration du langage telles qu'une pathologie neurologique, une déficience mentale, un trouble envahissant du développement, une surdité ou encore un manque de stimulation environnementale. Leur élimination permettra alors de parler de trouble « spécifique » du langage oral. (M. Leroy, C. & Masson, 2010. (p. 89-110).

6- La Classification des Troubles spécifiques du langage oral

La notion de trouble spécifique du développement du langage (TSDL) est définie par toute apparition retardée ou tout développement ralenti du langage chez un enfant qui ne présente aucun déficit sensoriel auditif, aucun trouble moteur des organes de la parole, aucun déficit mental ou dysfonctionnement cérébral évident, aucun trouble psychopathologique et aucune carence socio-affective grave (. En définitive, il s'agit d'un trouble se développant contre toute attente. (Chevrie-Muller et Narbona, 2007, P98)

Une fois ces pathologies exclues, il faut tenter de classer ce trouble et de départager les troubles fonctionnels (simple retard) des troubles structurels (dysphasie). Ceci passe par l'analyse des caractéristiques linguistiques du langage à l'aide de batteries et de tests de dépistage variables en fonction de l'âge. (Chevrie-Muller et Narbona, 2007, P98)

Il existe plusieurs classifications des troubles spécifiques du langage oral :

6-1- le DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, fourth edition), classification américaine des troubles mentaux, distingue trois syndromes dans son chapitre « Troubles de la communication » : les troubles du langage de type expressif, les troubles du langage de type mixte réceptif-expressif, et les troubles phonologiques (APA, 1994). Publiée le 18 mai 2013, le DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, fifth edition) a remplacé le DSM-IV et distingue dorénavant cinq syndromes dans son chapitre « Troubles de la communication » (APA, 2013). La version française de cette classification devrait être publiée courant 2014 ;

6-2- la CIM 10 (Classification Internationale des Maladies de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)) décrit dans son chapitre « Troubles spécifiques du développement de la parole et du langage » : les troubles spécifiques de l'acquisition de l'articulation, les troubles de l'acquisition du langage de type expressif et les troubles de l'acquisition du langage de type réceptif. Cette classification est complétée par deux catégories : les autres troubles du développement de la parole et du langage, et les troubles du développement de la parole et du langage sans précision. L'aphasie acquise avec épilepsie (syndrome de Landau-Kleffner) est considérée à part (OMS, 1999, P87) ;

6-3- la CFTMEA-R (Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent révisée), décrit, quant à elle, les troubles isolés de l'articulation, les troubles du développement du langage (retard de parole, retard simple de langage, dysphasie, autres troubles du développement du langage), l'aphasie acquise, le mutisme, le bégaiement, les autres troubles de la parole et du langage, et les troubles de la parole et du langage non spécifiés (Misès , 2012 , P120) ;

6-4- la classification proposée par C. Burzstejn, qui reste en usage chez la plupart des spécialistes du langage en France, distingue les troubles articulatoires, le retard simple de parole, le retard simple de langage, la dysphasie, et les autres troubles du langage oral (Burzstejn , 2000, P63).

6-5- Les troubles articulatoires : Les troubles articulatoires définissent l'incapacité à prononcer ou à former de façon correcte un phonème. Ils résultent d'erreurs mécaniques constantes et systématiques dans l'exécution des mouvements nécessaires à la production de certains phonèmes, à l'origine de nouveaux phonèmes dits « anormaux ».

En raison de la nécessité d'une précision articulatoire plus importante que pour les voyelles, ces troubles touchent plus souvent les consonnes.

Ils peuvent se traduire par des omissions (chapeau=apeau...), des substitutions (joue=zou, chou=sou...) Ou des distorsions (zozotement et chuintement). Les défauts ou les altérations sont décrits selon les classes de sons touchés. Le plus connu est le zozotement ou sigmatisme interdental (prononciation déformée du [j] devenant [ch] et du [s] devenant [z]).

Les troubles articulatoires sont le plus souvent isolés et n'ont alors pas de conséquence sur le développement du langage oral ou écrit. Il peut parfois s'y associer des troubles relationnels mineurs. Leurs étiologies sont fonctionnelles ou organiques. Leur prise en charge est réalisée par un orthophoniste si ces troubles persistent au-delà de 5 ans. (M. Leroy, C. & Masson, 2010.p. 89-110).

6-6-Le retard simple de parole : Le retard simple de parole est un trouble phonologique pur dans lequel la programmation, c'est-à-dire le choix des phonèmes entrant dans la constitution d'un mot ainsi que leur mise en séquence correcte, est perturbée. Il s'agit donc de la persistance au-delà de 4 ans d'altérations phonétiques et de simplifications observées normalement vers l'âge de 3 ans (Tableau II). L'enfant continue à « parler bébé » sans présenter par ailleurs de trouble de la compréhension. Cependant, contrairement au trouble articulatoire, les erreurs émises ne sont pas constantes. C'est la forme du mot dans son ensemble qui ne peut être reproduite, alors que chaque phonème peut, isolément, être prononcé correctement. Par exemple, le mot « gâteau » pourra être prononcé « tato » ; en revanche, chez le même enfant, le phonème [g] du mot « gare » pourra être produit correctement.

Trouble bénin, le retard simple de parole peut parfois être associé à un trouble articulatoire et à un retard de langage. Un bilan auditif doit avant tout être réalisé. Si celui-ci est normal, une prise en charge orthophonique sera envisagée au-delà de 4-5 ans. (M. Leroy, C. & Masson, 2010.p. 89-110).

6-7- Le retard simple de langage : Le retard simple du langage est le plus fréquent des troubles du langage oral. Ce déficit est à la fois phonologique et syntaxique, et aux symptômes du retard de parole s'ajoutent des difficultés à associer les mots en phrase et à manipuler les composantes grammaticales. Sur le plan clinique, l'élément essentiel est le retard de l'apparition de la première phrase.

Les anomalies constatées et la sévérité du retard de langage sont très variables d'un enfant à l'autre : il peut s'agir au minimum de maladroites syntaxiques et, au maximum, d'un tableau proche de l'agrammatisme (mauvais ou non emploi des pronoms personnels et des mots outils, verbes non conjugués...). On obtient alors des phrases du type : « veux poupée de moi », « il grimpe à les arbres », « je m'a lavé », « moi assir saise ». . (Billard et col .1996, P35).

Il s'agit bien d'un retard dans l'apparition de l'expression verbale car l'enfant n'a pas de trouble majeur de la compréhension et le développement du langage reste harmonieux. En effet, les perturbations constatées sont normales au cours de l'évolution du langage, et c'est leur persistance au-delà d'un certain âge qui conduit à poser le diagnostic de retard de développement. . (Billard et col .1996, P36).

Ce trouble s'accompagne de façon fréquente d'un trouble articulaire. Il faudra également rechercher d'éventuels manques de stimulations du langage et une pauvreté des modèles linguistiques proposés. L'évolution est spontanément favorable mais de façon lente, et des difficultés d'acquisition du langage écrit peuvent apparaître secondairement. La scolarisation représente un atout majeur dans le traitement de ce retard de langage. La rééducation orthophonique est indiquée entre 4 et 5 ans et permet d'obtenir d'excellents résultats. . (Billard et col .1996, P37).

6-8- Les dysphasies de développement : Les dysphasies de développement représentent la forme la plus sévère des retards de langage et les conséquences de ces troubles sur la vie socio-affective et scolaire sont considérables.

L'analyse du langage ne permet pas toujours de distinguer le retard simple de langage qui disparaît progressivement vers 5-6 ans, d'une dysphasie grave. En effet, la fréquence des troubles spécifiques du langage oral est estimée à environ 7 % des enfants de 3 ans 1/2, et si la grande majorité guérit avant ou autour de 6 ans, une plus petite partie (environ 1 %) ne guérit pas dans ces délais et constitue les dysphasies de développement. (Billard et col .1996, P39).

Il s'agit donc, contrairement aux retards simples de parole et de langage, d'un trouble grave et durable, ne régressant pas spontanément et qui, malgré une rééducation intensive, persistera à l'âge adulte à des degrés variables, avec un retentissement quasi constant sur le langage écrit (dyslexie, dysorthographe). (Houzel et col, 2000, P120).

La dysphasie de développement se définit par des critères négatifs et positifs. La structuration même du langage est atteinte, alors qu'aucune cause organique n'est décelable.

Les enfants atteints de dysphasie ne présentent donc ni déficit auditif, ni déficit mental ou trouble psychologique sévère. Ils n'ont pas de trouble de l'appareil ou des muscles phonatoires, de trouble de la commande neurologique, et n'ont pas subi de privation affective ou linguistique majeure. Le critère positif est la présence après 6 ans d'un déficit sévère et spécifique du développement du langage oral touchant son expression, et éventuellement sa compréhension.

A 6 ans, ces enfants ont donc un langage très déficitaire, agrammatique, avec un vocabulaire imprécis ou réduit, des perturbations phonologiques importantes (omissions, simplifications, substitutions, etc.) Et comportant de nombreuses erreurs syntaxiques (simplification de syntaxe, non respect de l'ordre des mots, utilisation inappropriée des structures). Tout ceci contraste avec une intelligence et une socialisation normales. Sur le versant réceptif, on note des troubles de la compréhension associés, très évocateurs lorsqu'ils touchent la compréhension des mots isolés. (Houzel et col, 2000, P123).

L'enfant est incapable de séquencer un mot en syllabes et de séquencer une phrase en mots. Il est important cependant de constater que malgré la pauvreté de son langage, l'enfant dysphasique sait se faire comprendre.

La présentation clinique est très variée et plusieurs classifications, comme la classification des dysphasies de Rapin et Allen établie en 1983, existent pour tenter de rendre compte de la diversité de ce trouble.

Cependant, certains traits cliniques, au nombre de six, sont remarquables et constants quel que soit le type de dysphasie : troubles de l'évocation lexicale avec en particulier un manque du mot, des persévérations verbales ou des paraphasies, troubles de l'encodage syntaxique entraînant une incapacité à utiliser les flexions verbales et les mots-outils nécessaires à l'informativité du discours (par exemple, incapacité à construire une phrase élémentaire de type sujet-verbe-complément). Troubles de la compréhension verbale, hypospontanéité verbale, l'enfant s'exprime « à regret » et il y a une réduction de la longueur moyenne des énoncés, troubles de l'informativité représentés par l'incapacité à faire comprendre une information précise sans recours à des moyens complémentaires comme les gestes ou les mimiques, dissociation automatico-volontaire (incapacité de produire certains phonèmes sur commande alors que cela est possible spontanément). Selon C-L. Gérard, ces anomalies peuvent être regroupées sous le terme de « marqueurs de déviance » et le diagnostic de dysphasie peut être retenu si au moins trois de ces marqueurs sont présents (Gérard, 1993).

Ces marqueurs de déviance ne sont toutefois pas reconnus par tous les auteurs.

Les dysphasies de développement sont fréquemment associées à d'autres troubles tels que : → des troubles de la motricité fine responsables d'une maladresse d'écriture. → Des troubles de la mémoire verbale à court terme. → des troubles du comportement : instabilité motrice (hyperkinésie) et psychique (irritabilité, intolérance aux frustrations, agressivité), → des troubles de la personnalité, souvent importants : troubles phobiques avec inhibition profonde dans la relation et troubles symbiotiques, marqués par une indistinction entre l'identité de l'enfant et celle des personnes de son entourage proche (Houzel et col, 2000, P123).

Conclusion :

En guise de conclusion de ce chapitre, qu'il y'a différents théories qui nous expliquent bien comment établir l'acquisition du langage orale chez les enfants autistes. En outre il y'a plusieurs étapes de l'acquisition de langage et dont la période pré linguistique de (0 jusqu'à 3ans), et pour mieux connaître les capacités langagières du cas étudié pour pouvoir l'aider à améliorer ces capacités langagières.

Partie
Pratique

Problématique

Et

Hypothèse

Problématique et hypothèse :

Les troubles du spectre de l'autisme (TSA) ou troubles envahissants du développement (TED), trouble d'origine neuro-développementale, répandu de plus en plus dans le monde. En Algérie ils représentent un véritable problème de santé publique dans le sens où sa prévalence est estimée à pas moins de 400000 cas, adolescent et adulte selon les statistiques indiqués par le professeur Mahmoud Ould Taleb, chef du service de pédopsychiatrie à l'hôpital Drid-Houcine d'Alger lors de la présentation d'une communication intitulée « diagnostic précoce des troubles du spectre de l'autisme et prise en charge selon le programme Teacch d'Eric Schopler »

Ces troubles sont de description relativement récente, des difficultés de comportement, de communication et d'interaction sociales sont les manifestations communes aux TSA, bien que le nombre et le type de symptômes, le degré de gravité de ces derniers, l'âge de leurs apparition et le niveau de fonctionnement varient d'une personne à l'autre. En effet l'autisme entraîne un handicap dans l'interaction de l'enfant avec son entourage, incapacité à développer des relations, un retard dans l'acquisition du langage, des comportements répétitifs et des intérêts restreints. C'est pourquoi ce type de troubles nécessite une prise en charge précoce avec une rééducation voire même une réhabilitation orthophonique intensive.

Lorsqu'un autisme est dépisté, une prise en charge pluridisciplinaire, en utilisant des programmes adaptés tel que le TEACCH, constitue une alternative possible proposée aux familles depuis le début des années 1970. En Algérie, dans la fin des années 1990, ce programme met l'accent sur la collaboration entre les parents et les éducateurs pour l'enregistrement simultané de nouvelles aptitudes dans un environnement totale de l'enfant dans l'objectif de permettre l'apprentissage de la parole et l'acquisition d'autres comportements nécessaires à la culture de l'enfant. (Emmanuelle Chambers, 2013, p : 14)

E. Schopler, 1965,1966.R.J Reichler 1971 ont montré qu'il était important de comprendre les processus sensoriels qui permettent de surmonter les handicaps liés à l'autisme, plutôt que se fier aux représentations trompeuses des théories freudiennes classique. Les études menées sur l'impact de ce programme sur la prise en charge des TSA démontrent que la situation d'enseignement structurés et non structurés avec des enfants autistes alternaient, les auteurs ont trouvés que l'attention, la relation, l'affect et le comportement général étaient améliorés lorsqu'on comparait les effets de la situation d'apprentissage structurée à celles non structurées (G.B. Mesibov, E. schopler, K.A. Hearsey 1994. E. schopler, G.B. Mesibov, K.A. Hearsey, 1995)

Ces études longitudinales mettent en évidence l'utilité et l'efficacité de ce programme dans la prise en charges des enfants autistes en termes d'enregistrement simultané de nouvelles aptitudes dans leur environnement totale et dans l'apprentissage de la parole et l'acquisition d'autres comportements nécessaires à leur culture. Si ces études mettent toutes en évidence les bénéfices que peuvent tirer les enfants autistes de programme TEACCH. Il apparaît cependant nécessaire de mettre en évidence ce qui permet à ces enfants qui ne possédaient pas le même équipement que les enfants normaux de pouvoir construire un environnement presque normale dans le sens d'avoir une autonomie, de pouvoir échanger avec autrui, et aussi et surtout de développer un langage orale de qualité dans un trouble envahissant de développement qui reste avant tout un handicap de communication.

Ce qui nous laisse demander :

Comment le programme TEACCH peut-il aider un enfant atteint d'autisme à développer son langage oral ?

L'hypothèse générale :

Le programme TEACCH a un point en commun avec le traitement de langage, la nécessité d'une implication importante de l'attention temporelle dans les différentes stimulations utilisées dont il se compose, visent à structurer le temps, l'espace et les tâches de l'enfant autiste grâce à l'utilisation de Timer. Ce qui suggère que ces processus partagent des ressources cognitives et cérébrales communes.

L'hypothèse opérationnelle :

Nous pouvons, en rééducation, utiliser efficacement, bien que ponctuellement, ce programme composé d'une séquence d'exercices où chaque-une vise à faire adapter l'enfant autiste à l'environnement normal et à améliorer ses capacités cognitive et communicative. Grâce à ces exercices des enfants autistes devraient d'avantage progresser dans des épreuves communicatives. En testant cette hypothèse au moyen de ce programme de rééducation, nous espérons recueillir des arguments favorables à notre hypothèse théorique.

L'importance de la recherche :

On a adopté un thème de recherche, concernant des enfants ayant un TSA. Cette catégorie des personnes se trouve dans la plus part du temps marginalisée socialement ou d'une autre manière, ils ont plus au moins des difficultés. De là vient leur demande d'aide, cette dernière s'inscrit dans le cadre d'un travail humain, qui se centre sur le soutien et l'aide matérielle et morale espéré et attendue par cette catégorie et par leurs parents qui reflète leur envie de vouloir aider leur enfants, une partie d'eux, et de leur espérer une vie harmonieuse ; tout simplement leur objectif est que leur enfant puisse acquérir une place dans la société.

L'intérêt de cette recherche est de porter attention sur les aides qui peuvent être à leurs portés qui vont aider ces enfants à compenser leur handicap, et porter attention à l'efficacité de cette méthode de rééducation.

Les objectifs de la recherche :

Mon objectif dans cette recherche est de déterminer comment le programme TEACCH peut aider un enfant autiste a surmonté son handicap et à donner preuve de son efficacité.

CHAPITRE III

Méthodologie de recherche

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 mon 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 :

Dans le but d'avoir l'autorisation d'accéder à la population d'étude, on a effectués une pré-enquête au niveau de L'Association de Prise en Charge des Enfants Autistes (APCEA) de Bejaïa, ce qui nous a permet de déterminer les critères sur lesquelles se fait la sélection des sujets de la recherche et le déroulement générale de cette dernière au sein de cette association.

La pré-enquête est l'une des étapes les plus importantes qui nous a permet non seulement de revoir les hypothèses de notre travail de recherche, mais aussi elle nous a permet de recueillir les informations nécessaires, qui nous aident à mieux cerner

On a rencontré le personnel de cette association et même des spécialistes en pédopsychiatrie et en orthophonie qui m'ont expliqués comment est le mode de vie des enfants autistes, est ce qu'il existe chez eux des troubles associer à leur autisme qui peuvent entraver leurs acquisitions et le développement du langage orale.

Selon O. Aktouf, la pré-enquête est l'une des étapes les plus importantes qui nos a permis non seulement de revoir les hypothèses de notre travail de recherche, mais aussi elle nous a permet de recueillir les informations nécessaires, qui nous aident à mieux cerner notre thème de recherche.

Elle se fait par le biais de l'observation préliminaire des faits afin de recueillir le maximum d'information, qui permettent le déroulement de l'enquête. Elle est une phase de défrichage, d'investigation, préliminaires, de reconnaissance, une phase de terrain assez précoce dont les buts essentiels sont d'aider à constituer une problématique plus précise et surtout à construire des hypothèses qui soient valides, fiables, renseignées, argumentées et justifiées. Mais aussi, elle permet de fixer en meilleure connaissance de cause, les objectifs précis, aussi bien finaux que partiels, que le chercheur aura réalisé pour vérifier ses hypothèses.

Cette pré-enquête a pour but de constituer l'effectif des parents d'enfants autistes dans l'association de prise en charge, et ainsi d'observer leurs comportements, et de mieux connaître l'aspect organisationnel du terrain d'étude. Elle est constituée de nombreuses rencontres ouvertes avec les parents des enfants autistes, dans le but d'obtenir des renseignements importants traitants mon thème de recherche.

2. La présentation du lieu d'étude :

L'Association de Prise en Charge des Enfants Autistes (APCEA) de Bejaïa, couvrent le territoire de la wilaya, qui la première association du genre au niveau de la wilaya, elle a été créée en aout 2010 par l'initiative d'un groupe de parents d'enfants autistes en plus d'autres personnes de bonnes volontés. L'association est présidée par HADDAD Fatteh, cadre fonctionnaire et parent d'enfant autiste, jusqu'à 2015 puis par KHIREDDINE Rochddine, père de deux enfants autistes, à ce jour.

C'est un établissement qui se compose de Cinque étage, le sous-sol c'est un lieu de psychomotricité pour travailler la motricité des enfants et de se détendre lors qu'ils piquent des crises. L'étage en dessus il se compose de deux salle de consultations et un sanitaire et une cuisine pour pratiquer le travail de groupe avec les enfants, puis l'étage en dessus il y'a le bureau de réception plus une salle d'attente pour les parents, et un sanitaire. L'étage en dessus, se compose de deux salles de consultation, avec deux sanitaires et une cuisine équipé, pour préparer de la nourriture pour les enfants et le personnel aussi, le dernier étage c'est la salle TEACCH, qui se compose de deux salles de consultation et un sanitaire, avec le matériel de rééducation qu'il faut pour chaque psychologue et orthophoniste, et éducatrice. Enfin, une terrasse pour faire de la peinture et se détendre un peu.

La création de l'association est venue pour faire face à l'inexistence de la prise en charge de la pathologie de l'autisme dans notre wilaya et touchant de plus en plus d'enfants.

2.1. Les objectifs de l'association :

- Assurer une réelle et permanente prise en charge des enfants autistes à travers :
 - La création d'une structure adéquate pour un suivi psycho-éducatif de ces enfants dès le bas âge (à partir de 3 ans)
 - La formation des thérapeutes intervenant dans la prise en charge (Psychologues Orthophonistes, éducateurs ...)
 - L'insertion en milieu scolaire, social et professionnel de ces enfants.

- Aide, orientation et guidance des parents à surmonter les difficultés quotidiennes induites par le handicap de leurs enfants à travers la fourniture de la documentation, des rencontres d'échange, la participation à des formations.
- Implication de la société en général et de tout les secteurs public pour contribuer dans l'effort de prise en charge des enfants autistes à travers :
 - Des campagnes de sensibilisation par le biais de conférences animées par des professionnels et des journées d'information et de vulgarisation sur l'autisme.

La participation des médias (radio, télévision et presse écrite) et la diffusion d'informations sur divers supports, dont les réseaux sociaux internet.

2.2.Le personnel :

L'association de prise en charge d'enfants autistes de Bejaia nommé APCEA, est constitué de 20 employés, dont ; psychologues, éducateurs et des orthophonistes chargé d'améliorer et d'aider les enfants sur le plant langagier et une psychomotricienne chargé de travailler leur motricité générale, tous inclus dans la prise en charge adaptée à ces enfants autistes, ainsi que l'orientation de leur parents.

2.3.Les fonctions du service :

- L'accueil des enfants autistes au sein de l'unité, à fin de leur assurer une prise en charge adéquate à leur pathologie.
- L'élaboration des activités éducatives, comportementales et cognitives dans le but de développer et d'améliorer les capacités des autistes pris en charge.
- La guidance parentale : pour les consultations internes et externes, avec les parents des enfants autistes, afin de les guider, les orienter et les soutenir.

3. La méthode utilisée :

3.1. La méthode descriptive :

Les recherches scientifiques font principalement appel aux méthodes descriptives (étude de cas, observation systématique ou naturaliste, méthode corrélacionnelle...). Elles interviennent en milieu naturel et tentent de donner à travers cette approche une image précise d'un phénomène ou d'une situation particulière.

L'objectif de cette approche n'est pas d'établir des relations de cause à effet, comme si le cas dans la démarche expérimentale, mais plutôt d'identifier les composantes d'une

situation donnée et, parfois, de décrire la relation qui existe entre ces composantes. (H. Bénony, KH. Chahraoui, 2003, p. 125).

3.2. L'étude de cas :

L'étude de cas fait partie des méthodes descriptives et historiques. Elle consiste en une observation approfondie d'un individu ou d'un groupe d'individus. L'étude de cas est au cœur de la méthodologie clinique dont les praticiens y font souvent références. (H. Bénony, KH. Chahraoui, 2003, p. 125)

C'est au moyen d'une étude de cas que le praticien tente de décrire le plus précisément possible le problème actuel d'un sujet en tenant compte de ses différentes circonstances ces survenues actuelles et passées (histoire de sujet, relation avec autrui, trouble associé). Pour cela il rassemble un grand nombre de données issue des entretiens avec le sujet ou ses proches, bilans médicaux, témoignage des soignants. (H. Bénony, KH. Chahraoui. 2003, p. 126).

L'étude de cas ne s'intéresse pas seulement aux aspects sémiologiques mais tente aussi de resituer le problème d'un sujet dans un contexte de vie où sont pris compte différents niveau d'observation et de compréhension : organisation de la personnalité, relation avec l'environnement et avec l'entourage, évènement présent et passé. (H. Bénony, KH. Chahraoui. 2003, p. 126)

4. Le choix de groupe d'étude :

4.1 Présentation de groupe d'étude : Tableau 1 :

Prénom	Age	Pathologie	Sexe	Age du diagnostic	L'année du suivi orthophonique	L'âge mental
Dorane	5ans	Autiste	Fille	4 ans	2017	4-5ans
Maroua	6 ans	Autiste	Fille	4 ans	2017	4-5ans
Anes	6 ans	Autiste	Garçon	4 ans	2017	5-6ans
Adem	5 ans	Autiste	Garçon	5 ans	2018	3-4ans

A la lumière de la définition du problème, la formulation de notre problématique, l'objet de notre recherche, et les critères particuliers, on doit très précisément choisir ou délimiter la population visée, choisir avec soin la tranche qui va répondre à notre thème de recherche. Selon M. Grawitz, 1988, « le groupe d'étude est un ensemble fini ou infini des éléments définis à l'avance sur lesquels portent nos observations et notre étude ».

Pour mener notre recherche, on a défini les principales caractéristiques du groupe visé, pour qu'il soit identifiable et qu'on puisse aller immédiatement vérifier s'il sera atteignable au moment opportun. Vu l'objet de notre recherche et la disponibilité des moyens, j'ai choisi des enfants autiste prit en charge au niveau de A.P.C.E.A de Bejaïa, dont la tranche d'âge est entre 4 et 12ans (Angers. M, 1997, P226).

Notre groupe d'étude regroupe 04 enfants autistes âgés entre 5 et 6 ans.

4.2 Les caractéristiques de groupe d'étude :

On a choisi notre groupe de recherche selon les critères d'inclusions suivantes :

- A. Des enfants autistes dont l'âge mental et entre (3-4ans et 5-6ans).
- B. C'est des enfants autistes dont la tranche d'âge. (5-6ans).

On a choisi notre groupe de recherche selon les critères d'exclusions suivantes :

- A. Il s'agit des enfants de différents sexes.
- B. Ce sont des enfants autistes qui ne sont pas diagnostiqué au même âge, entre (4-5ans).

5. Les outils utilisés dans notre recherche :

On appelle instrument de recherche le support, l'intermédiaire particulier dont il va se servir le chercheur pour recueillir les données qu'il doit soumettre à l'analyse. Ce support est un outil dont la fonction essentielle est de garantir une collecte d'observations et/ou de mesures prétendues scientifiques et réunissant de qualités d'objectivité et de rigueur pour être soumises à des traitements analytiques (O. Aktouf, 1987.P81).

L'entretien est destiné aux parents et au psychologue, dont l'objectif est de recueillir le maximum d'information sur notre groupe d'études et les informations nécessaires sur la pathologie pour faire la rééducation qu'il lui convient

5.1. L'entretien :

Dans notre recherche on a utilisé l'entretien clinique ; qui me permet d'accéder aux données subjectives du sujet. L'entretien, comme technique d'enquête, d'établir un rapport suffisamment égalitaire entre l'enquêteur et l'enquêté, pour que ce dernier ne sente pas comme un interrogatoire, contrairement de donner des informations, l'entretien qui modifie les rapports entre interviewer et interviewé modifie aussi la nature de l'information. (Blanchet, A. Gotman, A.2007.p7)

Pour Blanchet : « l'entretien permet d'étudier les faits dont la parole est le vecteur principal (étude d'action passé de savoir sociaux ; des systèmes de valeurs et normeetc.). Ou encore d'étudier le fais de parole lui-même (analyses des structures discursives des phénomènes de persuasion, argumentation, implication » (KH. Chahraoui. B, Herve.2003.p32)

L'entretien est une technique que le chercheur utilise à différents moments de la recherche :

1. Lors de l'étape exploratoire afin de construire la problématique.
2. Lors de la production de données systématiques ou le chercheur va rencontrer les sujets pour leur donner la parole afin de tester ses hypothèses de recherche. (Lavarde .A.M.2008)

5.1.1 Le guide d'entretien :(Annexe 03)

Axe 1 : Des renseignements généraux sur les parents de l'enfant.

Axe 2 : Des renseignements généraux sur les cas.

Axe 3 : Des renseignements généraux sur l'histoire de la pathologie.

Axe 4 : Des renseignements généraux sur le développement de langage.

5.1.2 L'entretien semi-directif :

Est une technique qualitative de recueil d'information, permettant de cerner le discours des personnes interrogées autour du thème défini initialement et consigné dans un guide de l'entretien. Il porte sur un certain nombre de thèmes qui sont identifiés dans un guide de l'entretien préparé par l'enquêteur. (KH. Chahraoui, H. Bénony, 2003, p125).

L'interviewer, s'il pose des questions selon un protocole prévu à l'avance parce qu'il cherche des informations précises, s'efforce de faciliter l'expression propre de l'individu, et cherche à éviter que l'interviewé ne se sente bloqué dans les questions auxquelles il est soumis, il « se laisse diriger tout en dirigeant ». (KH. Chahraoui, H. Bénony, 2003, p125).

Les entretiens qu'on avait réalisés au cours de cette recherche avec les parents de notre population d'étude, nous a donné l'opportunité de récolter un grand nombre d'informations sur mes cas. Ils répondaient, avec effort, à mes questions, parler de l'handicap de leur enfant ne les a jamais déranger, ils nous ont données toutes les informations dont on avait eu besoin voir même celles dont on ne devrait pas avoir besoin juste dans le but d'aider leur enfant.

5.1.3 La réalisation des entretiens :

Il s'est effectué de la manière suivante :

Au départ on a eu l'autorisation d'être sur le terrain de ma recherche, ce qui nous a permis d'observer les comportements des enfants et leurs relations avec le personnel (psychologue, éducateur, orthophoniste), ainsi que la prise de contact avec les parents d'enfants autistes pris en charge au niveau de l'association. On a d'abord établi un climat de connaissance, puis on leur a expliqué l'objectif et l'intérêt de notre étude, les aspects éthiques, notamment la confidentialité des informations recueillies ainsi que l'anonymat, ensuite on a demandé leur consentement de participer à notre recherche.

Avec l'accord des parents d'enfants autistes, et en collaboration avec le personnel de l'unité de prise en charge des enfants autistes de Bejaia, on a pu appliquer des entretiens avec le psychologue responsable de prise en charge de chaque enfant, et avec leurs parents aussi, selon leurs disponibilités,

Quant à la durée des entretiens, elle se varie d'une heure à deux, selon les réponses de nos cas et la sensibilité de nos questions pour eux.

6. Le déroulement de la recherche :

Notre pratique a duré 3 mois, de 27 Janvier jusqu'au 27avril 2019.

En premier lieu, on a visité le terrain de la recherche, on a parlé avec le président de l'association dans le but d'avoir une autorisation de pratique, puis on a sélectionné notre groupe d'étude selon les critères qu'on a précédemment signalés.

On peut dire d'une façon générale que les situations dans lequel on a effectué notre recherche ont été idéal, et à la disponibilité de tout le monde, et d'avoir tous les renseignements qu'il faut et on a eu tous les aides dont on avait eu besoin (outils, salle de passation de test, évaluation, guidance de l'orthophoniste).

Conclusion :

En conclusion, il est important de souligner que chaque travail scientifique a une méthode précise. Cette méthodologie nous a permis d'avoir une bonne utilisation de l'outil d'investigation choisi ainsi que l'analyse des résultats recueillis durant notre recherche. Afin de répondre à l'objectif principal de ma recherche, on s'est basé sur la méthode descriptive (étude de cas) qui me semble la plus appropriée à mon objectif qui consiste à décrire l'acquisition du langage orale chez les enfants autistes. Ainsi que les multiples difficultés quotidiennes auxquelles ses enfants sont confrontés, car elle influence dans leur vie quotidienne car ils n'arrivent pas à exprimer leur désires et leur besoin verbalement.

Tout travail scientifique est fruit d'une méthodologie. Dans notre recherche, on a utilisé l'étude de cas qui est la plus appropriée à notre thème de recherche.

CHAPITRE VI

Présentation, analyse et discussion des résultats.

Préambule :

Dans ce dernier chapitre, on a essayé de faire un résumé des entretiens effectués avec notre groupe d'étude, ensuite analyser leurs contenus, en faisons références aux hypothèses élaborées au début de notre recherche.

1- Présentation et analyse des cas :**1-1 Présentation de 1^{er} cas :**

Dorane est une fille âgée de 5 ans, née dans une petite famille composée de 4 personnes (les parents et deux enfants). Son père est âgé de 45 ans, c'est un cadre supérieur à sonatrach, et sa mère âgée de 34 ans c'est une architecte.

Au cours de la grossesse, la maman a eu une néphrite pour laquelle elle a été traitée. L'accouchement a été à terme mais par césarienne. Et la maman a été hospitaliser pendant trois jours, l'enfant est mise en couveuse pour une journée, le premier crie était présent.

C'est une fille calme, sociale et autonome. Elle a présenté les premières périodes de vocalisation et de babillage ainsi que le premier mot mais tardivement par rapport à un enfant de son âge (selon les parents).

1-1-1 L'analyse des données de l'entretien avec les parents :

Selon la maman, le développement psychomoteur de sa fille est normal par rapport à la norme, sa fille à commencer à gazouiller vers 6 mois et elle a prononcé son premier mots vers 9mois (Papa, Mimi, Titi). Dorane à des habitudes particulières, qui sont, se tourner autour d'elle, l'écholalie, l'hyperactivité. Elle a été diagnostiquée à l'âge de 4ans pour un trouble de langage depuis le mois septembre 2017 par le pédopsychiatre « Mahmoud Ould Taleb » à l'hôpital (Drid Houcine) d'Alger, et elle à un suivi chez une psychologue 2fois par semaine pendant 4mois.

Elle a fréquenté la crèche à l'âge de 27 mois pendant 36 mois, et elle à un bon comportement avec les autres enfants et l'entourage scolaire.

On outre la dynamique familiale elle a une bonne relation avec ses parents et les membres de la famille les plus proches.

1-2 Présentation de 2eme cas :

Anes est un enfant âgé de 5 ans il a été diagnostiqué autiste a l'âge précoce (21mois), il est conçu par fécondation normal, l'accouchement et la grossesse à lieu sans difficulté.

Il ne présente pas des troubles d'alimentations et des troubles de sommeil, En revanche ,le 1^{er} sourire c'est à l'âge de 3 mois, la position assise à 6mois, le tenue de la tête à 7 mois, la marche est acquise à l'âge de 13 mois.

1-2-1 L'analyse des données de l'entretien avec les parents :

Selon la maman le comportement général de Anes est normal, en ce qui concerne la communication, il est le verbale mais il ne l'utilise pas, indique ce qu'il désigne verbalement et gestuellement, il a une bonne interaction sociale, par rapport à l'attention, il est capable de se concentrer durant les activités, il préfère les livres, les chansons, les images et les stylos.

Il est autonome, et sociable, il respecte le tour de rôle il n'aime pas les enfants de son âge mais les autre normal, il fait des crises de plainte, il est hyperactive et il a aussi des stéréotypées. En revanche, la perception est bien, par exemple réagir a des bruits, associer des dessins identique, etc. La motricité générale et la motricité fine sont acquise, par exemple, il est capable de tenir une cuillère sans aides, attraper un ballon, etc. La coordination œil main, l'enfant est capable de placer des objets dans une boîte vide, d'assembler les parties correctement pour former un objet complet, de tracer des lignes horizontales en reliant une série de points. Par rapport aux compétences verbales, l'enfant est capable d'émettre des différents sons tel que, le son explosif « boom », répéter des consonnes « mmm, www, kk... » Et de combiner des sons monosyllabiques « mama, papa, tata, », Dire « bonjour, au revoir » de manière indépendante au bon moment, selon les capacités acquises par l'enfant susnommé, on constate qu'il a un bon potentiel d'apprentissage. Selon les données PEP : l'enfant a achevé l'atelier de performance cognitive il a atteint son âge qui est de 5ans, on constate un équilibre dans les ateliers : imitation, motricité fine, compétence verbale, coordination œil main, autonomie et sociabilité= âge mentale : 4-5 ans.

1-3 Présentation de 3eme cas :

Adem **est** un enfant âgé de 5 ans, née dans une petite famille composée de 3 personnes. Son père est âgé de 35 ans, c'est un chef de département (E.P.B) et sa mère âgée de 33 ans c'est une femme au foyer. Il a été diagnostiqué par pédopsychiatre, il est orienter vers une prise en charge thérapeutique 08/07/2018.il ne présente ni un trouble d'alimentation ni un trouble de sommeil.

1-3-1 L'analyse des données de l'entretien avec les parents :

Selon la maman, le comportement de son enfant il est un peu perturbé, au cours de la grossesse, elle est difficile et elle a vécu une maladie qui est le (T.S.H) pour laquelle elle a été traitée. L'accouchement a été à terme. Et la maman a été hospitaliser pendant un jour, le premier crie était présent.

C'est un garçon calme, sociale et autonome. Elle a présenté les premières périodes de vocalisation et de babillage ainsi que le développement psycho-moteur le premier sourire et le tenue de la tête a 2 mois, position assise a 6 mois, premiers pas à 11 mois et le premier mot a 9 mois « mama », puis a 12mois d'autres mots, habitudes particulières tel que aller-retour, isolement. Il a une démarche particulière, il marche sur les points des pieds. Il a une absence de langage.

1-4 Présentation de 4eme cas :

Maroua est une fille de 6 ans, née dans une famille composée de 5 personnes (les parents et trois enfants). Son père est âgé de 41 ans, c'est un agent d'ADS, et sa mère âgée de 39 ans c'est une femme au foyer. Elle a été orientée par le Dr Bengouirah pour faire une prise en charge thérapeutique depuis le 05/11/2017.

1-4-1 L'analyse des données de l'entretien avec les parents :

Au cours de la grossesse et l'accouchement a été à terme. Et la maman a été hospitaliser pendant deux jours, le premier crie était présent.

C'est une fille agité elle ne présente pas un trouble d'alimentation, mais elle a des difficultés d'endormissement, elle se réveille au milieu de la nuit. Elle a présenté les premières périodes de vocalisation et de babillage ainsi que le premier mot, le développement psycho-moteur était dans les normes, le premier sourire 1 mois, le tenue de la tête a 2 mois, position assise a 11 mois, le premier pas a 24 mois, l'acquisition de la propreté c'est à l'âge de 2ans set demi, le premier mots a 9mois, elle a des habitudes particulières c'est de se balancer en marchant. Elle a été a la crèche a l'âge de 2ans elle a duré qu'un mois.

2- Les résultats obtenus de l'exercice appliqué, (Annexe 01) :**2-1 Premier cas « Dorane »****L'âge mental 4- 5 ans.****Nommer des formes :**

L'objectif est d'identifier verbalement trois formes courantes (carré, cercle et triangle.

-Réponse : [morabe3], [daira], [mothalath].

Tâche effectuée : tout seul.

Exprimer l'utilité des objets :

L'objectif est d'expliquer verbalement l'utilité d'objets ménagers courants.

- Réponse : ici j'ai donné un cahier à **Dorane** puis, elle s'est met directement à écrire les lettres de l'alphabet.

Tâche effectuée : tout seul.

Notions temporelles :

L'objectif est de faire un choix de manière indépendante en présence d'une alternative concrète et exprimer ce choix verbalement.

- Réponse : ici Dorane raconte son aventure quand elle est partie au manège.

Tâche effectuée : tout seul.

Compter :

L'objectif est de compter jusqu'à cinq sans aide.

- Réponse : un, deux, trois, quatre, cinq.

Tâche effectuée : tout seul.

Nommer les couleurs :

L'objectif est de nommer de manière expressive quatre couleurs primaires.

- Réponse : [axdar], [ahmar], [bleu], [jaune].

Tâche effectuée : tout seul.

Raconter une histoire I :

L'objectif est de raconter, avec un minimum d'incitation, une histoire vue récemment.

- Réponse : [ferjegh dora chipeur cinq cadeau], [aqchichilsaatriqo, aserwal, sebba, titteslju].

Tâche effectuée : tout seul.

2-2 Le deuxième cas « Anes »**L'âge mental 5- 6 ans****Raconter une histoire II :**

L'objectif est décrire sans incitation quatre ou cinq caractéristiques d'une image.

- Réponse : ici **Anes** raconte son aventure quand il est parti à l'excursion.

[Tonton i3elagh foto, levher, aman, la voiture, balon]

Tâche effectuée : tout seul.

Les notions de temps :

L'objectif est employé correctement les mots « hier », « aujourd'hui », « demain ».

- Réponse : [iteli rohegh ghl manage wahid papa].

Tâche effectuée : avec aide.

Les jours de la semaine :

L'objectif est de nommer dans l'ordre les jours de la semaine.

- Réponse : [asabet], [ahad], [itnayan], [tollatha], [arbi3a], [khamis], [jomo3a].

Tâche effectuée : tout seul.

2-3 Le troisième cas « Adem » :**L'âge mental 3- 4 ans :****Dimension :**

L'objectif est de dire ou montrer « grand » ou « petit » en réponse à la question « quelle est la dimension ? ».

- Réponse : il donne le « grand » cube puis le « petit » cube.

Tâche effectuée : avec aide.

Lui et elle :

L'objectif est d'utiliser correctement « il » et « elle » en identifiant des hommes et des femmes dans des images.

- Réponse : il confond entre la notion il /elle.

Tâche effectuée : avec aide.

Au-dessus et en – dessous :

L'objectif est d'employer des mots ou gestes pour « au-dessus » et « en dessous » pour indiquer l'emplacement d'une récompense désirée.

- Réponse : il fait la différence entre les deux.

Tâche effectuée : avec aide.

Répondre à des questions «ou ... ou » :

L'objectif est de faire un choix de manière indépendante en présence d'une alternative concrète et exprimer ce choix verbalement.

- Réponse : [hada].

Tâche effectuée : avec aide.

Conversations structurée :

L'objectif est de répondre de manière appropriée à de simples questions de conversation et améliorer les capacités fondamentales et sociabilité.

- Réponse : [anrouh anetch la crème].

Tâche effectuée : tout seul.

Exprimer un bref message verbal :

L'objectif est de retenir un bref message (quatre à six mots) et l'exprimer verbalement à une autre personne.

- Réponse : [debout debout Adem], [assieds-toi].

Tâche effectuée : tout seul.

Pluriels :

L'objectif est d'employer correctement le pluriel pour identifier des groupes d'objets familier.

-Réponse : [asebat==isebaten].

Tâche effectuée : tout seul.

2-4 Le quatrième cas « Maroua » :**L'âge mental 3- 4 ans :****Dimension :**

L'objectif est de dire ou montrer « grand » ou « petit » en réponse à la question « quelle est la dimension ? ».

- Réponse : elle donne le « grand » cube puis le « petit » cube.

Tâche effectuée : tout seul.

Lui et elle :

L'objectif est d'utiliser correctement « il » et « elle » en identifiant des hommes et des femmes dans des images.

- Réponse : elle confond entre la notion il /elle.

Tâche effectuée : avec aide.

Au-dessus et en – dessous :

L'objectif est d'employer des mots ou gestes pour « au-dessus » et « en dessous » pour indiquer l'emplacement d'une récompense désirée.

- Réponse : elle emploie les compléments circonstanciels [tahta], [fawqa].

Tâche effectuée : tout seul.

Répondre à des questions «ou ... ou » :

L'objectif est de faire un choix de manière indépendante en présence d'une alternative concrète et exprimer ce choix verbalement.

- Réponse : [wayi].

Tâche effectuée : tout seul.

Conversations structurée :

L'objectif est de répondre de manière appropriée à de simples questions de conversation et améliorer les capacités fondamentales et sociabilité.

- Réponse : [anrouh anetch pizza].

Tâche effectuée : tout seul.

Exprimer un bref message verbal :

L'objectif est de retenir un bref message (quatre à six mots) et l'exprimer verbalement à une autre personne.

- Réponse : [travaille travaille Maroua], [assieds-toi].

Tâche effectuée : tout seul.

Pluriels :

L'objectif est d'employer correctement le pluriel pour identifier des groupes d'objets familier.

-Réponse : [afous==ifassen].

Tâche effectuée : avec aide.

3- Analyse des cas étudiés :

Après avoir eu le consentement des parents de ces quatre enfants autistes : Dorane, Anes, Maroua, Adem que nous avons pris le relai de leur prise en charge, en leur passant tous les exercices de programme TEACCH.

On a commencé la rééducation du Janvier 2019 jusqu'à Avril 2019, une période qui a duré trois mois. Ce sont des exercices d'un âge mental de 0- 1 an jusqu'à 5- 6 ans dans le but de déterminer leur âges mentaux par rapport à leur âges chronologiques.

On a débuté le travail en expliquant tout d'abord aux sujets le but et l'objectif de chaque exercice, avec des exemples pour les aider un peu à rentrer dans le sujet, mieux comprendre la consigne et à exécuter la tâche demandée.

Après chaque fin d'exercice, on doit noter les résultats obtenus :

- La manière de prononcer les mots.
- La compréhension de la tâche.
- L'exécution de la tâche : tout (e) seul (e), avec une aide et avec une aide mais le sujet n'a rien fait.

4-La prise en charge des cas étudiés :**4-1 Le premier cas :****La répétition des phonèmes et mots simple et complexe :****Le 1^{er} cas « Dorane »****Les exercices bucco-facial :**

Ouvre la bouche

Tire la langue

Le souffle est bien

Répétition des phonèmes :

[b] [m] [d]

[p] [f] [s]

[w] [v] [n]

[l] [r] [t]

[x] [j] [g]

[k] [a] [z]

[h] [c] [v]

[ʃ] [ʒ]

En résulte que la répétition des phonèmes chez « Dorane » est acquise.

Répétition des mots simples et complexe :

[Maison] [mezõn]

[Table] [tabl]

[Chaise] [ʃaze]

[Porte] [põrte]

[Pain] [pẽ]

[De l'eau] [delo]

[Bonjour] [bõnjur]

[Bonsoir] [bõnswar]

[Vient] [vuẽn]

[[Clé] [kle]

[L'oiseau vole] [lwazovol]

[Les cheveux] [leʃœvœ]

En résulte que la répétition des mots simple est bonne.

Répétition des phrases simples et complexes :

[Je vais à l'école par bus] [parbys]

[En été je vais à la plage] [alaplaz]

[Tous les matins je me peigne les cheveux] [leʃœvœ]

[Le garçon mange la banane] [labanan]

En résulte qu'elle dit que le dernier mot de la phrase.

Dénomination des images

[Oiseaux] [wazo]

[Lapin] [lapɛ̃]

[Chat] [ʃa]

En résulte que l'enfant dit les phonèmes et les mots simple mais elle a un problème avec les phrase complexe, elle dite que le dernier mot de la phrase. la dénomination est validé.

4-1-1 Synthèse sur 1^{er} cas :

On conclut que les capacités verbale de l'enfant sont bon par rapport au enfant de même troubles, en plus elle a eu des progressions et des améliorations par rapport à la dénomination et la répétions des phonèmes et des mots simple et complexe, on utilisant la langue française, par ce que la fille elle parle que le français.

4-2- Le deuxième cas : « Anes »**La répétition des phonèmes et mots simple et complexe :****Répétition des phonèmes :**

[ba] [ma] [da]

[pa] [fa] [sa]

[wa] [va] [na]

[la] [ra] [ta]

[xa] [ja] [ga]

[ka] [a] [za]

[ha] [ca] [va]

[fa] [ʒa]

Dénomination des images :

بطة	[bata]	[faraʃatun]	فراشة
قط	[gitɔn]	[basalun]	بصل
خروف	[xarufon]	[batata]	بطاطا
جمل	[ʒamalun]	[tamatin]	طمطم
مظلة	[miʃalatun]	[fulful]	فلقل
شرطي	[ʃortiuon]	[farawila]	فراولة
كرسي	[kursiuyun]	[mawzun]	موز
طاولة	[tawila]	[burtugalun]	برتقال
جوارب	[ʒawaribon]	[zarafatun]	زرافة
سروال	[sirwalun]		

Identification des chiffres et des lettres :

1 [wahidun]

2 [itnani]

3 [talata]

4 [arba3a]

5 [xamsatun]

6 [sitatun]

7 [sab3atun]

8 [tamanja]

9 [tis3a]

10 [3aɣara]

4-2-1 Synthèse sur 2^{ème} cas :

L'alphabet il la connait de A à Z, dénomination et désignation.

On conclut, que « Anes » prononce bien les phonèmes et l'alphabet sans difficultés mais il a quelque difficultés dans la prononciation de quelque chiffre, en revanche il a des bon capacités langagière par rapport aux autres enfants autistes.

4-3 Le troisième cas : « Adem »

La répétition des phonèmes et mots simple et complexe :

Les exercices bucco facial

Ouvre la bouche

Tire la langue

Le souffle est bien

Répétition des phonèmes :

[b] [m] [d]

[p] [f] [s]

[w] [v] [n]

[l] [r] [t]

[x] [j] [g]

[k] [a] [z]

[h] [c] [v]

[ʃ] [ʒ]

Dénomination et désignation :

Il ne regarde pas les fiches de consignes.

Dénomination et désignation :

[Pomme]

[pom]

[Voiture]

[vwatour]

[Poire]	[pwar]	[Bougie]	[buʒi]
[Orange]	[orɔ̃nʒe]	[Fleur]	[flur]
[Lion]	[ljuon]	[Carotte]	[karot]
[Avion]	[avjɔ̃n]	[Bannane]	[banan]
[Main]	[mɛ̃]	[Citron]	[sitrɔ̃n]

Répétition des mots phrase :

[bagara]

[kalbun]

[burtugala]

[awidbalo]

4-3-1 Synthèse sur 3^{ème} cas :

On conclut que la réaction de Adem est un peu lent par rapport au consigne, il ne reprend pas directement à la consigne, il prend du temps pour reprendre mais la plus part des repense sont juste, et il y'a une amélioration par rapport au premier temps de la prise en charge.

4-4 Le quatrième cas : « Maroua »

La répétition des phonèmes et mots simple et complexe :

Les exercices bucco facial

Ouvre la bouche

Tire la langue

Le souffle est bien

Répétition des phonèmes :

[b] [m] [d]

[p] [f] [s]

[w] [v] [n]

[l] [r] [t]

[x] [j] [g]
[k] [a] [z]
[h] [c] [v]
[ʃ] [ʒ]

4-4-1 Synthèse sur 4^{ème} cas :

En conclut qu'elle les prononce bien, mais avec guidance et il y'a d'autre phonème elle n'arrive pas à les prononcer correctement tel que le [ʃ] , [g] , [h].

5- Analyse générale des cas étudiés :

D'après l'analyse des cas sur les résultats obtenus de chacun d'eux, on n'a constaté que le niveau des cas : «Dorane », «Maroua » et «Anes » et « Adem » ne sont pas égal. On a remarqué un bon niveau chez le premier cas qui est «Dorane ». Cette dernière a un potentiel et une capacité d'exprimer beaucoup mieux que chez les trois autres cas. Concernant «Maroua», elle a des capacités langagières et elle peut s'exprimer, mais toujours avec guidance, aussi elle ne peut pas tenir une langue conversation en comparant à « Dorane ». Par contre, le troisième cas «Anes» lui aussi a des capacités langagières et il peut s'exprimer correctement, c'est-à-dire, il peut formuler une phrase complète, âge chronologique en comparant à son âge mental, on trouve qu'il y a beaucoup de différence. «Adem» ne comprend parfois de simples consignes, d'ailleurs son n'a pas pu continuer le reste des exercices, suite à son manque de capacité à comprendre les consignes données même si en répétant. Les exercices qui suivent deviennent de plus en plus difficiles pour lui.

6- Discussion de l'hypothèse :

Notre hypothèse suggérée au départ afin d'accomplir notre étude. Pour cela on a supposé l'hypothèse suivante : « comment le programme TEACCH peut aider un enfant autiste a surmonté son handicap et à donner preuve de son efficacité. »

D'après l'analyse des résultats obtenus des cas, on confirme que la méthode « TEACCH » a un effet positif sur le développement de son langage verbal au fur et à mesure et à compenser son handicap.

CONCLUSION

Conclusion :

En conclusion, nous avons essayé de répondre aux questions que nous nous sommes posées sur le rôle du programme TEACCH dans le développement du langage oral chez les enfants autistes. Malgré certaines lacunes, ce travail est pour nous l'occasion pour la découverte et pour approfondir nos connaissances, sur le plan théorique, ce travail nous a permis de mieux comprendre l'autisme, son diagnostic, sa prise en charge et de comprendre encore le développement du langage oral.

L'idée de départ de notre recherche est que l'autisme est une maladie, handicapante, et très lourde avec ses conséquences physiques et psychologiques. Mais cette influence dépasse ce cadre puisqu'elle atteint beaucoup plus le langage oral. Cette étude s'est intéressée à une population d'étude de quatre cas issue d'une famille normale, en utilisant un entretien semi-directif.

L'analyse du contenu des entretiens réalisés nous a permis de constater que l'arrivée d'un enfant autiste au sein d'une famille l'a modifié et des changements notables sur le plan de la relation fraternelle plus spécialement.

Cette étude nous a permis aussi de constater que, le retard de développement du langage oral chez les enfants autistes influence sur leur vie quotidienne, aussi ils ont du mal à exprimer leurs désirs et leurs sentiments.

Notre objectif est de montrer que le programme TEACCH peut aider un enfant autiste à améliorer ces capacités langagières et à surmonter son handicap.

Ce thème de recherche mérite d'être étudié d'une manière approfondie, avec des populations assez importantes. Ainsi qu'on peut lancer des perspectives de recherche concernant le rôle du programme TEACCH sur le développement du langage oral chez les enfants autistes.

*La liste
bibliographique*

La liste bibliographique:

1. Aktouf.O (1987), “ méthodologie des sciences sociales, approche quantitative des organisations, une introduction à la démarche classique et une critique, les prsses universitaires”, éd Les presses Université de Montréal, Québec.
2. Amy. G et piolat. M (1998), “ Psychologie Clinique et Psychopathologie”, Paris, Bréal.
3. Amy. M-D (2009), “ comment aider l’enfant autiste, Approche psychoyhérapique et educative”, 2é éd, paris, Masson.
4. Angers. M, (2009), “ Initiation à la méthodologie des sciences humaines”, éd du seuil, Paris.
5. Bertrand. J (2008), “ Autisme, le gene introuvable, de la science business”, éd du seuil, Paris.
6. Blanchet. A et Gotman. A (2007), “L’enquête et ses methods, L’entretien, 2eme éd”, Paris, Armand Colin.
7. Carole. S et Catherine. R.P (2009), “Impact de l’autisme sur la vie des parents”, santé mentale au Québec.
8. Chahraoui. KH et Benony .H(2003), “ Méthodes, évaluation et recherches en psychologie clinique”, Paris, Dunod.
9. Cyssau. C (2003), “L’entretien en psychologie Clinique”, Paris, In press collection concept-psy.
10. Lenoir. P, Malvy. J et al (2007), “L’autisme et les troubles du développement psychologique”, 2eme éd, Herstal, masson.
11. Magali. D et al (2008), “L’autisme, jour après jour, agir pour l’aider”, Bruxelles.
12. Rogé. B (2003), “ Autisme, comprendre et agir”, Paris, Dunod
13. Tardif. C et Gepner. B, (2003), “L’autisme, Paris, Nathan”.
14. Villard. R-D (1984), “ psychose et autism de l’enfant, Paris, Masson”.
15. American Psychiatrique Association DSM-4. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux 4eme éd (version international, Washington DC, 1995) traduction française par J-D Guelfi et al, paris, Masson.
16. Bernadette Roger, (2003). « Autisme comprendre et agir », Dunod, Paris.
17. Bertrand Jordan, (2008). « Autisme, le gène introuvable, de la science business », éd. Du Seuil, Paris.
18. Bruno Gepner, Autisms, ralentir le monde extérieur, calmer le monde intérieure, éd Odile Jacob, 2014, Paris.
19. Carole Tardif, Bruno Gepner, (2003). « l’autisme », édition Nathan.

20. Classification statistique international des maladies et des problèmes de santé connexes CIM- 10 FR, (2015). France.
21. Edward R. Ritvo, Gloria Laxer, (1983). « Autisme la vérité refusée », Simep, Paris.
22. Éric Schopler et al, (1993). « Activités d'enseignement pour enfants autistes », Masson, Paris.
23. Pascal Lenoir et al, (2007). « L'autisme et les troubles du développement psychologique », 2^eédition, Masson, France.
24. R. de Villard, (1984). « Psychoses et autisme de l'enfant », Masson, Paris.
25. Yves Contejean, Catherine Doyen,(2012). « Regard périphériques sur l'autisme, Evaluer pour mieux accompagner », Lavoisier, Paris.
26. Yves-Chantal Comgon, (2014). « L'étude de cas comme méthode de recherche », Paris.
27. Frédérique BRIN et al, Dictionnaire d'orthophonie, édition Ortho, France, 2004
28. Aide - Mémoire : “trouble du langage et de la communication” Itinéraire en 9 étapes 2^{ème} edition..Catherine Thibault, Marine Pitrou : DUNOD 2014.
29. Guide de l'orthophonie: Intervention dans les troubles du langage oral et de la fluence. Volume II sous la direction de Jean Marc Kremer. Emmanuelle Lederlé, Cristine Maeder Janvier 2016. Lavoisier. Paris.
30. Florin. A (2013) le développement du langage. Ed: DUNOD Paris.
31. Heliot, C, Rubion, M.N (2013). Développement du langage et plurilinguisme chez le jeune enfant.
32. Chevrie, Muller, C, Narbono. J (2007). Le langage de l'enfant: aspects normaux et pathologiques. 2^{ème} Edition. Ed: MASSON France.
33. Funny Grossman, Autisme : évolution et facteurs prédictifs. Etude rétrospective d'une cohorte de 35 patients, Paris, 29 Mars 2010.
34. Roger Sophie, psychomotricité et programmes d'intervention globale dans la prise en charge précoce du jeune enfant atteint d'autisme. Illustration pratique en CAMSP, université Toulouse, mai 2014.
35. FOUDON Nadège, l'acquisition du langage chez les enfants autistes: étude longitudinale, université lumière Lyon 2, 2008.
36. J. Bernicot, de l'usage des gestes et des mots chez l'enfant, 1998. Paris, Armand Colin.

ANNEXES

Annexe 01 :

Exercices des compétences verbales méthode TEACCH :

Conversations structurées :

Compétence verbale, conversation, 3 -4 ans.

Performance Cognitive, Langage Réceptif. 2-3 ans.

Sociabilité, interaction individuelle. 2- 3 ans.

But : Développer des capacités de conversation.

Objectif : Répondre de manière appropriée à de simples questions de conversation et améliorer les capacités fondamentales de sociabilité.

Fournitures : Images de revues, perles, tasse.

Procédure : Le sujet doit apprendre à employer ses mots de manière appropriée dans une conversation. Il devra toutefois beaucoup s'exercer dans différentes variétés de situations structurées. Placez trois perles dans une tasse devant lui sur la table en asseyant en face de lui. Choisissez un sujet de conversation pour poser au sujet trois questions simples dont il est capable de répondre. Lorsqu'il donne une réponse satisfaisante à une question, placez une perle dans la tasse. Ceci lui permettra de voir à combien de questions il devra répondre et le rendra plus calme au sujet de l'exercice. S'il n'arrive pas à répondre, ayez recours à des images comme suggestions.

Exprimer un bref message verbal :

Compétence Verbale, Conversation, 3 -4 ans.

Sociabilité, Interaction Individuelle. 2- 3 ans.

But : Développer des capacités de conversation et améliorer la mémoire et les aptitudes de sociabilité.

Annexes Objectif : Retenir un bref message (quatre à six mots) et l'exprimer verbalement à une autre personne.

Fourniture : Aucune.

Procédure : Asseyez- vous avec le sujet dans une chambre et ayez quelqu'un assis dans une autre chambre voisine. Conduisez le sujet dans l'autre chambre pour qu'il puisse voir où est l'autre personne. Chaque personne devrait avoir de quoi l'encourager. Avant le début de l'exercice les personnes doivent se mettre d'accord sur les messages dont elles vont charger le sujet, de manière à vérifier si les communique correctement. Donner au sujet un bref message et dites- lui de la porter à l'autre personne. Par exemple dites « va dire à papa de se lever ».s'il ne se met pas immédiatement en route. Mettez- le dans la bonne direction et répétez le message. Lorsqu'il arrive chez l'autre personne, S'il n'exprime pas immédiatement le message, l'autre personne devrait l'y amener d'abord en demandant « qu'est- ce que maman a dit ? ». S'il hésite toujours, guidez-le plus en donnant « me lever ? ». Lorsqu'il a exprimé le message encouragez- le et donnez- lui un message semblable à retour à maman. En répétant la procédure.

Pluriels :

Compétence Verbale, Expression, 3 -4 ans.

Performance Cognitive. Langage Réceptif. 3- 4 ans.

But : Développer l'usage correct du pluriel.

Objectif : Employer correctement le pluriel pour identifier des groupes d'objets familiers.

Fournitures : Objets ménagers courant que le sujet reconnaît (par exemple : biscuits, animaux en peluche, balle).

Annexes Procédure : Asseyez- vous à la table avec le sujet et mettez un des objets devant lui. Nommez l'objet lorsque vous le placez, vous pourrez par exemple mettez un biscuit sur la table et dire « regarde un biscuit », ne le laissez pas prendre le biscuit mais demandez « qu'est- ce que c'est ? ». Lorsqu'il répond « biscuit », mettez un groupe de deux ou trois biscuits en un tas séparé du premier biscuit, attirez son attention vers le groupe de biscuit et dites « regarde des biscuits », accentuez le pluriels. Répétez les mots « des biscuits » plusieurs fois mais ne les laissez pas prendre. Puis montrez le biscuit isolé et dites « regarde un biscuit ». Montrez vite le groupe de biscuit et dites « regarde des biscuits ». Veuillez accentuez la différence entre les deux expressions.

Nommer des formes :

Compétence Verbale, Vocabulaire, 4- 5 ans.

Performance Cognitive. Langage Réceptif. 4- 5 ans.

Réception visuelle 2- 3 ans.

But : Améliorer le langage expressif et la désignation nominale.

L'objectif : Identifier verbalement trois formes courantes (carré, cercle et triangle).

Fournitures : Morceaux de carton ayant la forme d'un cercle, d'un carré et d'un triangle.

Procédure : Lorsque le sujet est capable de vous donner la bonne forme en réponse à l'ordre « donne- moi le cercle », commencez à travailler avec lui à dire les noms des formes. Lorsqu'il vous a donné la bonne forme, tentez la devant ses yeux et répétez plusieurs fois le nom pour lui donner un renforcement.

Annexes Puis, demandez- lui « quelle forme est-ce ? ». Répétez plusieurs fois le nom de la forme pour qu'il s'habitue à associer le mot « forme » aux mots « cercle ». En répétant la procédure avec d'autres formes.

Exprimer l'unité des objets :

Compétence Verbale, Expression, 4- 5 ans.

Performance Cognitive. Langage Réceptif. 3- 4 ans.

But : Améliorer la capacité de faire une conversation et la compréhension de l'utilité des objets.

Objectif : Expliquer verbalement l'utilité d'objets ménagers courants.

Fournitures : Quatre objets ménagers courants (par exemple, un livre, une cuillère, une tasse et un jouet).

Procédure : Lorsque le sujet connaît les objets courants et est capable de mimer leur utilisation, essayer de lui faire exprimer leur utilité. Par exemple donnez- lui un livre et dites « regarde un livre, que fais- tu avec un livre ? ». Comme auparavant on lui avait appris à employer l'objet de manière correcte. Avant de lui donner l'objet suivez pendant quelques secondes et dites « regarde une cuillère, que fais- tu avec une cuillère ? Avec une cuillère tu manges ». Ne lui donnez pas l'objet aussi longtemps qu'il n'a pas fait un effort pour exprimer son utilité. En répétant la procédure avec d'autres objets familiers.

Notions temporelles :

Compétence Verbale, Expression, 4- 5 ans.

Performance Cognitive. Langage Réceptif. 3- 4 ans.

But : Améliorer la compréhension des notions temporelles et étendre le vocabulaire.

Annexes Objectif : Répondre par un mot à des questions simples concernant le moment auquel un évènement se produit généralement.

Fournitures : Images de personnes se livrant à des activités connues (par exemple courir, manger, dormir).

Procédure : Montrez au sujet une des images et essayez de lui faire expliquer ce qui se passe sur l'image. Par exemple montrez- lui une image d'un garçon qui dort et demandez : « Que fait le garçon ? ». S'il répond « dormir » dites « c'est juste. Le garçon dort la nuit ». Répétez plusieurs fois le mot « nuit » en liaison avec le mot « dormir ». En répétant la procédure avec d'autres images montrant des activités qui se font le matin et pendant la journée.

Compter :

Compétence Verbale, Vocabulaire, 4- 5 ans.

Performance cognitive. Association. 4- 5 ans.

Imitation Verbale, 2- 3 ans.

But : Améliorer le vocabulaire et les concepts numériques.

Objectif : Compter jusqu'à cinq sans aide.

Fourniture : Cube.

Procédure : Voyez si le sujet peut imiter les sons des chiffres. Tâchez de lui faire donner le nombre de cubes que vous demandez (jusqu'à cinq). Lorsqu'il vous a donné le bon nombre de cubes, comptez les lentement pour lui, plaçant chaque cube dans un tas séparé après avoir dit le nombre. Après avoir fait cela plusieurs fois hésitez avant de dire le dernier chiffre et voyez si le sujet dira le chiffre lui-même. Par exemple dites « donne- moi trois cubes ». Lorsque le sujet

Annexes vous donne le nombre correcte de cubes comptez les pour lui « un, deux,... » hésitez avant de dire trois.

Nommer les couleurs :

Compétence verbale, vocabulaire, 4- 5 ans.

Performance cognitive. Langage réceptif. 3- 4 ans.

But : Développer l'emploi d'adjectifs descriptifs et améliorer la compréhension des couleurs.

Objectif : Nommer de manière expressive quatre couleurs primaires.

Fournitures : Cube de couleur (rouge, jaune, vert, bleue).

Procédure : Asseyez- vous à la table en face du sujet. Placez quatre cubes de couleurs sur la table devant lui. Lorsque le sujet est capable de répondre correctement 9 fois sur 10 à votre demande verbale « donne le bleu ». Commencez à travailler à sa connaissance expressive des couleurs.

Raconter une histoire I :

Compétence Verbale, Conversation, 5- 6 ans.

Performance Cognitive. Langage Réceptif. 3- 4 ans.

But : Améliorer la capacité de conversation et les aptitudes de sociabilité

Objectif : Décrire sans incitation quatre ou cinq caractéristiques d'une image.

Fourniture : Livre d'image simple.

Procédure : Le sujet doit employer ses capacités de langage qui se développe aussi souvent et aussi correctement que possible. Comme il semble travailler mieux lorsqu'il ne pense pas qu'il « travaille », et puis qu'il aime la télévision, faites usage d'un spectacle de télévision pour travailler à ses aptitudes de

Annexes conversation. Lorsqu'il a regardé un de ses spectacles favoris. De préférence quelque chose de court et simple, posez- lui quelques questions faciles au sujet de ce qu'il vient de voir.

Raconter une histoire II :

Compétence Verbale, Conversation, 5- 6 ans.

Performance Cognitive. Langage Réceptif. 3- 4 ans.

But : Améliorer la capacité de conversation et les aptitudes de sociabilité.

Objectif : Décrire sans incitation quatre ou cinq caractéristiques d'une image.

Fournitures : Livre d'image simple.

Procédure : Asseyez- vous avec le sujet à un endroit où vous êtes tous les deux à l'aise et pouvez clairement voir le livre d'images. Montrez- lui une image et essayez de lui faire

expliquer ce qui se passe avec autant de détails qu'il est capable. Au début vous devrez probablement guider son attention vers différentes parties de l'image et lui rappeler de continuer à les décrire.

Les notions de temps :

Compétence Verbale, Expression, 5- 6 ans.

Performance Cognitive. Langage Réceptif. 3- 4 ans.

But : Améliorer le vocabulaire et la compréhension des notions temporelles.

Objectif : Employer correctement les mots « hier » « aujourd'hui » et « demain ».

Fournitures : Grande feuille de papier ou de carton, marqueur, images représentant des événements faisant partie de la routine quotidienne du sujet.

Annexes Procédure : Etablissez un tableau représentant les jours de la semaine. Employez des images pour représenter ce que le sujet va faire chaque jour. Tous les matins menez le sujet devant le tableau et expliquez-le lui. Commencez par ce qu'il va faire pendant la journée. Dites « regarde aujourd'hui tu vas aller à l'école, avoir des spaghettis pour dîner et regarder la télévision ». Accentuez le mot « aujourd'hui » et demandez-lui de répéter ce qu'il va faire. Répétez la procédure mais commencez aussi à lui enseigner la signification du mot « hier » et « demain ».

Les jours de la semaine :

Compétence Verbale, Expression, 5- 6 ans.

Performance Réceptif. 3- 4 ans Cognitive. Langage.

But : Améliorer le langage expressif et la compréhension des notions temporelles.

Objectif : Nommer dans l'ordre les jours de la semaine.

Fournitures : Tableau des activités de la semaine.

Procédure : Dès que le sujet est capable de d'employer correctement « aujourd'hui », « demain » et « hier », commencez à lui enseigner les noms des jours. Par exemple, menez le tableau et dites « aujourd'hui c'est lundi et tu vas aller à l'école, manger des saucisses au dîner et iras nager ». Faites- lui répétez ce que venez de dire, y compris le jour. S'il oublie le jour dites « fais attention aujourd'hui c'est lundi. Quel jour sommes- nous aujourd'hui ? Aujourd'hui c'est

lundi». Essayez de lui faire dire les noms des jours pour chaque partie de l'exercice. Répétez la procédure employée dans les exercices précédents en disant : «hier c'était dimanche. Tu as été au par cet tu as mangé une pizza ». Après chaque répétition de l'exercice, nommer les sept jours de la semaine dans l'ordre correct et essayez d'amener le sujet à dire les noms avec vous

Annexe 02 :

BILAN ANAMNESTIQUE

INFORMATIONS GENERALES

Nom :

Prénom :

Date et lieu de naissance :

Age de patient :

Adresse :

Numéro de tél :

Date de consultation :

Motif de consultation :

Par qui l'enfant est orienté :

STRUCTURE SOCIO-ECONOMICO-FAMILIALE

Situation conjugale :

Age de père : Age de la mère :

Parents vivent ensemble : Oui Non Divorce : Oui Non

Mère décédée : Oui Non Père décédée : Oui Non

Situation professionnelle :

Profession de père :

Profession de mère :

Dynamique familiale :

Nombre de frères et sœurs :

Garçon : Filles :

Place dans la fratrie :

5) Sommeil :

Rituel du sommeil :

Difficulté d'endormissement :

Calme

Agité

Autres :

6) Antécédents médicaux :

Acuité auditive :

Testée :

Oui

Non

Résultats et précisions éventuelles :

Troubles neurologiques :

Développement psychomoteur :

A quel âge a-t-il manifesté sa ou ses :

Premier sourire :

Tenue la tête :

Position assise :

Premier pas :

Acquisition de propreté le jour :

Et la nuit :

Démarche particulière :

Habitudes particulières :

Est-il réservé :

S'est-il habillé seul :

Schéma corporel :

Latéralité :

Développement linguistique

La langue parlée à la maison :

L'enfant a-t-il présente une période de vocalisation et de babillage ?

A quel âge a-t-il cessé ?

A quel âge a-t-il prononcé ses premiers mots ?

A quel âge a-t-il commencé à faire des phrases ?

Développement psychoaffectif

Relation avec les parents :

Relation avec la fratrie :

Relation avec les amies :

Relation avec les autres :

Le comportement /caractère

Agité(e) : Oui Non Agressif (ve) : Oui Non

Calme : Oui Non Anxieux (se) : Oui Non

Sociable : Oui Non Autonome : Oui Non

Instable : Oui Non Réserve : Oui Non

A-t-il subi un choc ; un événement important au cours de son enfance ?

Près scolaire

A-t-il fréquenté la crèche Oui Non

Age :

Durée :

L'école

Est-il scolarisé : Oui Non

Est-il en institution spécialisée : Oui Non

En quelle classe est-il ?

A-t-il retard par rapport à son âge ?

De combien d'années ?

A-t-il redoublé de classe ?

Combien :

A-t-il des difficultés ?

Annexe 03 : Guide d'entretien

1^{er} axe : Des renseignements généraux sur les parents de l'enfant :

- 1) Nom : - Agé(e) deans
- 2) Sexe : masculin... féminin...
- 3) Etat matrimonial(e) : Marié(e)... Divorcé(e)....
- 4) Nombre d'enfant :
- 5) Niveau d'instruction :
- 6) Situation sociale : Faible Moyenne ... Elevée ...

2eme axe : Des renseignements généraux sur le cas :

- 1) Sexe : Masculin ... Féminin ...
- 2) L'âge actuel : ans.
- 3) Votre enfant a-t-il reçu un diagnostic ? Oui ... -Non
- 4) Quel âge avait-il lors du diagnostic ? ans et Mois.

3eme axe : Des renseignements généraux sur l'histoire de la pathologie :

- 1) Le type d'autisme dont il souffre :
 - Autisme infantile
 - Autisme atypique
 - Syndrome de Rett ...
 - Syndrome d'Asperger
- 2) Votre enfant est-il prit en charge ? –Oui ... -Non
 - Si Oui, depuis quand et où ?
- 3) Actuellement, quel(s) tupe(s) de prise en charge votre enfant suit-il régulièrement :
 - Prise en charge médicamenteuse ou psychiatrique (psychotropes)
 - Treatment and Education of Autistic and related Communication Handicapped Children (TEACCH)
 - Applied Behaviour Analysis (ABA)
 - Psychothérapie Psychanalytique
- 4) Quels professionnels prennent en charge votre enfant :
 - Psychiatres....

- Educateurs
- Psychologues cliniciens ...
- Psychomotriciens
- Orthophonistes
- Psychanalystes ...
- Autres ...

5) Actuellement votre enfant est-il scolarisé ? –Oui ... -Non ...

4eme axe : Des renseignements généraux sur le développement de langage.

- 1) Il a commencé à gazouiller à quel âge ?
- 2) A quel âge il a prononcé son premier mot ?
- 3) A quel il dit « Papa » et « Maman » ?
- 4) A quel âge a-t-il dit sa première phrase ?
- 5) A quel âge a-t-il commencé à parler clairement ?
- 6) A-t-il des difficultés langagière ? Oui ... Non

 - Les quel ?