

UNIVERSITE ABDERRAHMANE MIRA DE BEJAÏA

Faculté des Sciences Humaines et Sociales

Département de Psychologie et d'Orthophonie



جامعة بجاية
Tasdawit n Bgayet
Université de Béjaïa

Mémoire de Fin d'Etude

En vue de l'Obtention du Diplôme MASTER en Psychologie

Option : Psychologie Clinique

THEME

**LES COMPETENCES
SOCIO-COMMUNICATIVE
CHEZ L'ENFANT AUTISTE**

Réalisée par :

HAFES Karima

Encadrée par :

Dr. ABDI Samira

Année Universitaire : 2024/2025

Remerciements



Tout d'abord, nous nous tournons vers les hauteurs célestes pour remercier Dieu, source inépuisable de lumière et de sagesse, de nous avoir guidés et protégés tout au long de cette aventure intellectuelle. Sa bienveillance infinie a été le socle sur lequel nous avons bâti chaque étape de cette recherche.

Nous souhaitons dédier un éclatant témoignage de reconnaissance à une enseignante d'exception, Madame: **ABDI Samira**. Votre dévouement, votre présence bienveillante et vos précieux conseils ont façonné notre cheminement intellectuel, nous offrant une vision claire et une inspiration sans limites. Nous tenons donc à vous exprimer notre gratitude sincère, en vous assurant que ces simples mots ne suffisent pas à exprimer l'étendue de notre reconnaissance.

Votre impact sur nos vies académiques et personnelles est inestimable, et nous sommes honorés d'avoir pu bénéficier de votre présence et de votre contribution exceptionnelle.

Un hommage tout particulier s'adresse au psychologue Hamed, ainsi qu'à l'orthophoniste **HAIL Sonia**, Votre approche bienveillante et vos conseils éclairés ont grandement enrichi notre compréhension du sujet étudié.

À tous nos camarades de parcours et à nos enseignants, vos échanges stimulants, vos encouragements sincères et votre esprit de collaboration ont façonné notre formation intellectuelle de manière indélébile.

Merci à tous



Dédicaces

Avec une sincère gratitude et une profonde reconnaissance,

Je dédie ce travail à :

Mes parents "**Maman**" et "**Papa**", mes piliers solides,
une profonde reconnaissance pour leur soutien inconditionnel,
leurs encouragements sans limites et leur contribution inestimable
à la réalisation de ce travail.

A ma très chère adorable sœur "**Fatima**"

A mes amis précieuses qui éclairent ma vie de leur présence
et enrichissent mon épanouissement personnel et aussi pour leurs soutien
inébranlable et leurs présence réconfortante.

À tous mes camarades, surtout ceux du 2^{ème} groupe

À tous mes collègues du pénitencier d'Oued-Ghir,

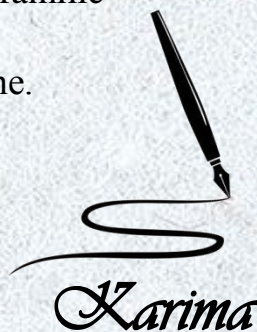
À leur tête Monsieur le Directeur,

A ceux qui travaillent au service de pédopsychiatrique
qui nous orienter dans notre travail

À tous ceux qui m'ont aidé et encouragé ne serais ce qu'avec un sourire:

Les membres de ma belle-famille

À tous ceux qui m'aime.



Karima

TABLE DES MATIERE

| | |
|----------------------|--|
| Remerciement | |
| Dédicaces | |
| Liste des tableaux | |
| Liste d'abréviations | |

INTRODUCTION

| | |
|----------------------------|----------|
| Introduction: | 1 |
|----------------------------|----------|

LA PROBLEMATIQUE

| | |
|--|----|
| 1. La problématique : | 6 |
| 2. Les hypothèses : | 9 |
| 3. L'opérationnalisation des concepts: | 9 |
| 4. Les objectifs de l'étude: | 12 |
| 5. Les raisons choix thème: | 12 |
| 6. Les études antérieures: | 13 |
| Synthèse:..... | 14 |

PARTIE THEORIQUE

CHAPITRE I L'AUTISME

Préambule:

| | |
|--|----|
| 1. Aperçu historique du trouble spectre autistique: | 15 |
| 2. Quelques Définitions : | 19 |
| 3. Les signes d'alerte du trouble spectre autistique: | 23 |
| 4. Les profils des personnes autistes: | 31 |
| 5. Les types du trouble spectre autistique: | 35 |
| 6. Les facteurs de risques du trouble spectre autistique: | 40 |
| 7. Les pathologies associées aux troubles spectres autistiques: | 43 |
| 8. La classification du trouble spectre autistique selon DSM5 et CIM 10: | 49 |
| 9. Les critères diagnostiques du trouble spectre autistique selon DSM 5: | 51 |
| 10. Le diagnostic différentiel de l'autisme: | 54 |
| 11. Les difficultés du diagnostic du l'autisme: | 63 |
| 12. La prise en charge du trouble spectre autistique: | 64 |
| 13. L'impact du trouble spectre autistique sur la famille: | 79 |
| Synthèse:..... | 82 |

CHAPITRE II: LES COMPETENCES SOCIO-COMMUNICATIVE

Axe 1 : Les compétences sociales

Préambule:

| | |
|---|----|
| 1. Quelques Définitions:..... | 83 |
| 2. Les caractéristiques sociales chez l'enfant autiste: | 85 |
| 3. Les caractéristiques émotionnelles chez l'enfant autiste:..... | 86 |
| 4. Les catégories des habiletés sociales:..... | 87 |

TABLE DES MATIERE

| | |
|--|----|
| 5. Les difficultés sociales chez l'enfant autiste:..... | 89 |
| 6. Les outils pour l'enseignement des habilités sociales:..... | 92 |

Axe 2: Les compétences communicatives:

Préambule:

| | |
|---|-----|
| 1. Quelques Définitions: | 101 |
| 2. Les caractéristiques linguistiques chez l'enfant autiste:..... | 102 |
| 3. Les types de communication:..... | 103 |
| 4. Les facteurs de la communication verbale: | 107 |
| 5. Les troubles de communication chez l'enfant autiste:..... | 111 |
| 6. Les précurseurs à la communication:..... | 114 |
| 7. Les stratégies pour aider l'enfant autiste à communiquer:..... | 118 |
| 8. La prise en charge orthophonique:..... | 122 |
| Synthèse:..... | 125 |

PARTIE PRATIQUE

CHAPITRE III: LA METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

Préambule:

| | |
|--|-----|
| 1. Démarche de l'étude et technique utilisée:..... | 126 |
| 2. Les limites de l'étude:..... | 131 |
| 3. Lieu de l'étude:..... | 131 |
| 4. La population d'étude:..... | 133 |
| 5. Méthodes utilisées dans l'étude:..... | 134 |
| 6. Les outils de l'étude:..... | 140 |
| 7. Les étapes du déroulement notre étude:..... | 142 |
| 8. Les difficultés de notre étude:..... | 143 |
| Synthèse:..... | 144 |

CHAPITRE IV : LA PRESENTATION, L'ANALYSE ET LA DISCUSSION DES RESULTATS

Préambule:

| | |
|---|-----|
| 1. La présentation des cas:..... | 145 |
| 1.1/ Présentation et analyse du premier cas: Anis..... | 145 |
| 1.2/ Présentation et analyse du deuxième cas: Fatima..... | 147 |
| 1.3/ Présentation et analyse du troisième cas: Amina..... | 149 |
| 1.4/ Présentation et analyse du quatrième cas: Smail..... | 151 |
| 2. La discussion des hypothèses et l'interprétation des résultats : | 154 |

CONCLUSION

| | |
|--------------------------|-----|
| Conclusion: | 160 |
|--------------------------|-----|

Liste Bibliographie

Résumé

Liste des Tableaux

| Tableau N° | Le Titre | Pages |
|--------------------|---|------------|
| Tableau N°1 | Récapitulatif des caractéristiques de groupe d'étude..... | 133 |
| Tableau N°2 | Récapitulatif des résultats de quatre cas..... | 159 |

Liste des Abréviations

| Abréviations | Significations |
|--------------|---|
| TSA | Trouble de Spectre Autistique |
| CIM-10 | Classification International des Maladies |
| DSM-5 | Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, et des troubles psychiatriques de l'association américaine de psychiatrie |
| OMS | Organisation Mondiale de la Santé |
| APA | American psychiatric association |
| TED | Trouble Envahissant De Développement |
| ABA | Applied Behaviour Analysis |
| 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. |
| PECS | Picture Exchange Communication System |
| EHS | Etablissement Hospitalier Spécialisé |
| HAS | Haute Autorité de la Sante |

INTRODUCTION

INTRODUCTION

Introduction:

Le langage humain est un moyen fondamental de communication qui varie selon les contextes, comme entre le langage scientifique, littéraire ou celui utilisé par les enfants et les adultes. Chez certains enfants, notamment ceux atteints d'autisme, les capacités de communication sont profondément affectées. L'autisme, classé parmi les troubles envahissants du développement (TED), perturbe le développement des compétences langagières, tant sur le plan qualitatif que quantitatif. Dès les premiers stades, les formes de communication non verbale - comme les gestes, les expressions faciales et les vocalisations - sont souvent altérées. Ces enfants rencontrent des difficultés à comprendre et à utiliser le langage verbal et non verbal, notamment les gestes sociaux essentiels tels que le regard, le sourire ou l'imitation, ce qui complique leurs interactions sociales et leur apprentissage. Ces troubles communicationnels sont liés à un déficit précoce d'attention conjointe et de sensibilité aux indices sociaux, facteurs clés dans l'acquisition du langage. Ainsi, le retard ou l'absence de langage fonctionnel chez un grand nombre d'enfants autistes s'explique en partie par ces difficultés à établir un contact social partagé et à interpréter les signaux sociaux. (<https://www.pasteur.fr>)

L'autisme, ou trouble du spectre de l'autisme (TSA), est un trouble neuro-développemental complexe dont les causes exactes restent inconnues. Selon la cinquième édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5), le TSA se caractérise par deux dimensions principales : des déficits persistants dans la communication et les interactions sociales, observés dans divers contextes, et des comportements, intérêts ou activités restreints et répétitifs. Ces symptômes apparaissent dès les premières phases du développement, même s'ils peuvent parfois être masqués ou moins visibles au début. Leur persistance entraîne des difficultés significatives dans la vie sociale, scolaire et professionnelle des personnes concernées. Le DSM-5 précise également trois niveaux de sévérité selon le degré de soutien nécessaire, soulignant la grande variabilité des manifestations cliniques du TSA.

(<https://www.comprendrelautisme.com>)

Les enfants autistes présentent des modes d'apprentissage distincts de ceux des autres enfants, principalement en raison de difficultés dans la compréhension de la communication verbale et non verbale. Ils sont souvent hypersensibles à diverses stimulations sensorielles (lumières, sons, textures, odeurs), ce qui peut les amener à se replier sur eux-mêmes et à limiter leurs interactions avec leur environnement et les personnes autour d'eux. Leur attention se porte

INTRODUCTION

fréquemment sur des objets ou activités spécifiques, restreignant ainsi le développement du jeu symbolique et social. Par ailleurs, ces enfants éprouvent des difficultés à apprendre par l'observation et l'imitation, ce qui complique leur acquisition des compétences sociales et cognitives essentielles.

Sur le plan de la communication, ils manifestent souvent un manque d'intérêt à partager des émotions ou des activités, ont du mal à initier ou maintenir une conversation, et éprouvent des difficultés à comprendre les sous-entendus, l'humour ou les expressions non littérales, prenant fréquemment les propos au premier degré. Ces troubles se traduisent par une quasi-absence de contact visuel, un retard ou une absence de langage, des écholalies (répétition de mots ou phrases), ainsi que par des comportements répétitifs et une forte adhérence aux routines.

Pour favoriser leur bien-être et leur apprentissage, il est recommandé d'utiliser des supports visuels adaptés, d'établir des routines claires et prévisibles, et de réduire les sources de gêne sensorielle. Ces adaptations aident à structurer leur environnement, à diminuer l'anxiété liée aux changements et à faciliter la communication et les interactions sociales.

<https://www.autisme-france.fr>

Les enfants autistes présentent des profils langagiers très divers. Certains ne développent pas de langage oral, tandis que d'autres parlent mais utilisent le langage de manière inhabituelle, comme en répétant des mots ou des phrases (écholalie). Ces difficultés peuvent être sources de frustration pour les familles et les professionnels qui les accompagnent, parfois démunis face à ces obstacles dans la communication.

Pour mieux les aider, il est conseillé d'employer des méthodes adaptées, telles que la communication alternative, utilisant des pictogrammes, des signes ou d'autres supports visuels. Il est aussi important d'adopter un langage simple et de respecter le rythme de chaque enfant afin de faciliter les échanges et leur apprentissage. (<https://www.pasteur.fr>)

Selon la cinquième édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5), les troubles envahissants du développement, autrefois répartis en plusieurs catégories distinctes, sont désormais regroupés sous le terme unique de trouble du spectre de l'autisme (TSA). Cette classification inclut les formes précédemment identifiées comme trouble autistique, syndrome d'Asperger, trouble dés intégratif de l'enfance et trouble envahissant du

INTRODUCTION

développement non spécifié. Le syndrome de Rett, autrefois inclus, est désormais exclu de cette catégorie.

Les personnes atteintes de TSA, qu'il s'agisse d'enfants ou d'adultes, présentent des difficultés significatives dans leurs interactions sociales. Elles éprouvent des obstacles à initier, répondre ou maintenir une conversation, avec une intensité variable selon leur âge et leur niveau cognitif. Dans les cas les plus sévères, la personne peut éviter tout contact social ou ne pas percevoir la présence d'autrui. À l'inverse, certains individus désirent interagir mais manquent des compétences sociales nécessaires pour établir des échanges authentiques et durables.

Ces troubles ont un impact profond sur la vie quotidienne, affectant les sphères sociale, scolaire et professionnelle. Ils soulignent l'importance d'un accompagnement personnalisé et adapté aux besoins spécifiques de chaque personne pour favoriser leur inclusion et leur développement. (<https://www.pasteur.fr>)

Les enfants autistes vivent souvent dans un univers intérieur qui peut sembler isolé, marqué par des réactions sensorielles atypiques, notamment au niveau de l'audition, de la vision et du toucher. Ces particularités sensorielles se manifestent par une sensibilité excessive (hypersensibilité) ou, au contraire, une faible réactivité (hyposensibilité) aux stimuli de leur environnement. Par exemple, certains enfants peuvent être dérangés par des bruits faibles ou des lumières vives, tandis que d'autres recherchent des sensations fortes ou semblent insensibles à la douleur.

L'autisme apparaît généralement dès les premières années de vie, souvent avant l'âge de trois ans, et constitue un trouble durable qui accompagne la personne tout au long de son existence. La grande diversité des manifestations cliniques, des capacités cognitives et des niveaux de langage complique la classification précise des troubles du spectre autistique (TSA). Les limites entre les différents profils sont souvent floues, ce qui rend difficile l'établissement de critères diagnostiques stricts et l'adaptation des interventions thérapeutiques.

Reconnu comme un handicap en France depuis 1996, l'autisme nécessite un accompagnement personnalisé, tenant compte de cette variabilité, afin de soutenir au mieux le développement et l'inclusion sociale des personnes concernées. Malgré les progrès réalisés, les enfants et adultes avec TSA continuent fréquemment à faire face à des défis importants sur le long terme. (<https://www.inserm.fr>)

INTRODUCTION

Plusieurs méthodes existent pour aider les enfants autistes à acquérir des compétences fondamentales telles que la communication, l'échange avec les autres, l'attention et l'imitation. La thérapie d'échange et de développement (TED) est une intervention individuelle, réalisée tôt dans la vie de l'enfant par un thérapeute spécialisé. Cette approche vise à favoriser le contact social, les interactions et l'adaptation à l'environnement. En développant ces compétences, l'enfant sera mieux préparé à tirer parti des autres soutiens éducatifs, pédagogiques et thérapeutiques qui lui seront proposés par la suite. (<https://www.pasteur.fr>)

Dans le cadre de notre recherche, nous avons utilisé une méthode expérimentale pour analyser la prise en charge des enfants autistes au service de pédopsychiatrie de l'EHS d' Oued Ghir à Bejaia, qui est le principal centre dédié à cette population dans la wilaya.

Pour atteindre notre objectif, nous avons appliqué la technique TEACCH afin d'améliorer la communication des enfants et d'établir une relation de confiance avec eux. Cette approche nous a permis de mieux comprendre leurs réactions et de les inviter à participer à des activités pédagogiques adaptées.

Cette démarche s'inscrit dans les pratiques recommandées pour la prise en charge des enfants avec trouble du spectre autistique (TSA) en Algérie, où l'accent est mis sur des interventions précoces, individualisées et coordonnées, intégrant des méthodes comme TEACCH pour favoriser l'autonomie et l'inclusion sociale

Pour atteindre notre objectif, nous avons adopté un plan du travail qui correspond les éléments suivants :

Le cadre général de la problématique

Nous avons présenté 'analyse conceptuelle qui est constitué de la problématique, les hypothèses, définition des concepts clés, les objectifs de la recherche et les raisons de choix le thème.

CHAPITRE I : L'autisme

Dans ce chapitre nous avons présenté: Aperçu historique sur le trouble, les signes d'alerte du trouble spectre autistique, les profils des personnes autistes, les types du l'autisme et leur facteurs de risques, les pathologies associées aux trouble, la classification du trouble spectre autistique selon DSM 5 et CIM 10, le diagnostic différentiel du l'autisme et leur difficultés du

INTRODUCTION

diagnostic, et la prise en charge du trouble spectre autistique et leur impact sur la famille et terminer par une synthèse.

CHAPITRE II : Les Compétences Socio - Communicative

On a présenté comme deux axes: le premier axe c'est les compétences sociales ont présenté : les caractéristiques sociales et émotionnel chez l'enfant autiste, les catégories des habiletés sociales, certaines difficultés sociales qui rencontre chez l'enfant autiste, et certains outils pour enseigner des habiletés sociaux.

Deuxième axe c'est les compétences communicative sont présenté: les caractéristiques linguistiques chez l'enfant autiste, les types de communication, les facteurs de la communication verbale, les troubles de communication chez l'enfant autiste, les précurseurs à la communication, et à la fin certain les stratégies pour aider l'enfant autiste à communiquer et terminer par une synthèse.

La partie pratique qui devise en deux parties aussi :

CHAPITRE III : Le Cadre Méthodologique

Nous avons commencé par pré enquête et l'enquête, les limites de la recherche ainsi que la présentation du lieu de la recherche, la population d'étude, la méthode utilisée dans la recherche, les outils d'investigation, les étapes du déroulement de notre pratique, et les difficultés de notre recherche et terminer par une synthèse

CHAPITRE IV : Présentation, Analyse Des Données Et Discussion Des Hypothèses

Vers la fin, nous avons discuté nos hypothèses afin de les infirmer ou les confirmer et une conclusion dans laquelle nous avons parlé sur les résultats et répondre à la question principale de départ, présenter le rôle de la communication chez autistes pour l'améliorer de créer des pairs et arriver de contacter avec le monde extérieur car représente un élément très important dans le développement des compétences chez enfant autiste.

La Problématique

LA PROBLEMATIQUE

1. La problématique:

Le terme « autisme » est désormais largement employé dans le langage courant, souvent pour désigner une personne solitaire ou socialement isolée, parfois même de façon péjorative envers des figures publiques perçues comme insensibles aux attentes sociales. Cette diffusion témoigne d'une meilleure connaissance du trouble auprès du grand public ainsi que d'un champ de recherche en constante expansion. Cependant, malgré les avancées issues de travaux multidisciplinaires qui ont permis de croiser les données de domaines longtemps séparés, de nombreuses questions demeurent, notamment concernant les causes et les mécanismes biologiques de l'autisme. Ces interrogations persistent alors que les connaissances sur les troubles du spectre autistique se sont enrichies, notamment sur les difficultés de communication sociale et les particularités relationnelles qui caractérisent ces syndromes.

Lorsque l'on évoque l'autisme, les notions de communication, d'attention, de mémoire, d'expérience, d'intentionnalité, de pensée, de parole et d'action sont souvent utilisées avec un sens commun, basé sur notre propre mode de fonctionnement. Cependant, chez une personne autiste, ces mêmes notions peuvent revêtir un sens tout à fait différent. En effet, l'autisme trouve ses origines dans des causes diverses et variées, ce qui explique la grande diversité des profils et des manifestations observées chez les personnes concernées. (<http://www.autisme.qc.ca>)

Ainsi, les modèles explicatifs de leurs causes et mécanismes, qu'ils soient issus de la psychologie, de la biologie, de la génétique, où des neurosciences, proposent davantage d'hypothèses que de certitudes. Au stade actuel des connaissances, aucun mécanisme ou facteur unique ne peut à lui seul rendre compte de l'origine de l'autisme dans leur diversité clinique. Les connaissances confortent néanmoins l'idée que ce trouble serait l'expression clinique et psychopathologique de dysfonctionnements neuro-développementaux complexes d'origine plurifactorielle endogène et exogène.

Trouble du spectre autistique (TSA) commence pendant l'enfance et affecte surtout la communication et les relations sociales. Ces difficultés peuvent être très importantes. Comme on ne connaît pas encore les causes exactes, il n'y a pas de moyen sûr pour prévenir ou guérir ce trouble. Les personnes avec un TSA ont souvent du mal à communiquer, à se faire des amis, et elles ont des intérêts limités ainsi que des comportements répétitifs. Ce sujet est important car l'autisme a un fort impact sur la vie quotidienne. (<https://www.instituducerveau.org>)

Le TSA se manifeste très tôt par des difficultés dans les interactions sociales. Chez les enfants qui se développent normalement, on observe dès les premiers mois des échanges affectifs

LA PROBLEMATIQUE

et des signes de communication, comme le fait de pointer du doigt vers 8 mois pour montrer quelque chose. Les enfants plus grands peuvent communiquer sans parler, en utilisant des gestes ou des expressions. Le langage verbal arrive ensuite, après une longue période de communication non verbale, un peu comme une petite île qui apparaît dans un grand océan de gestes.

Très tôt dans leur développement les enfants ordinaires montrent une réciprocité sociale notamment dans leur conversation. Vers 8 mois, les bébés commencent à pointer des choses. Les enfants âgés peuvent déjà bien communiquer sans pour autant parler. C'est après avoir pratiqué pendant des mois une communication facile (le langage non verbal) qu'ils découvrent ce langage 'difficile'. En effet, comparer la parole à une petite île qui apparaît subitement dans un océan de communication non verbale. (<http://www.instituducerveau.org>)

Chez les enfants atteints d'autisme, certains signes peuvent apparaître très tôt. Par exemple, certaines mamans s'inquiètent car leur bébé pleure souvent et semble difficile à calmer. D'autres remarquent que leur nourrisson établit peu ou pas de contact visuel et ne rit que lorsqu'il voit une lumière au plafond. Certains bébés paraissent anormalement calmes, pleurent peu et semblent toujours satisfaits. Le fait qu'un bébé ne puisse pas exprimer quand quelque chose ne va pas, ou qu'il ne pleure pas lorsqu'il a faim ou que sa couche est sale, peut révéler un problème de communication.

Les enfants sans autisme comprennent instinctivement que leurs pleurs attirent l'attention et le réconfort de leurs parents. En revanche, les enfants autistes ne réalisent pas toujours qu'ils peuvent influencer leur entourage par la communication. (<http://www.autismeinfoservice.fr>)

Le principal problème des personnes autistes n'est pas qu'elles ne parlent pas, mais qu'elles ont du mal à communiquer. Elles utilisent parfois des mots sans vraiment en comprendre le sens, comme dans l'écholalie, où l'enfant répète exactement ce qu'il a entendu, sans en saisir la signification.

L'autisme est un trouble d'origine génétique qui touche des personnes ayant des difficultés à comprendre et à participer aux interactions sociales. Le diagnostic repose sur des troubles de la communication et des relations sociales, associés à des comportements répétitifs et stéréotypés, ainsi qu'à un handicap fonctionnel. (<https://www.inserm.fr>)

Dans l'autisme il existe un problème majeur de réciprocité dans les échanges interindividuels, en partie basé sur des problèmes de compréhension des codes sociaux et des

LA PROBLEMATIQUE

problèmes de communication quand le langage survient. Ce problème que nous qualifierons de « trouble social » ou « trouble des interactions sociales » au sens large est présent pour toutes les enfants autistiques quel que soit leur degré de sévérité d'autisme.

Chez les enfants autistes, il est fréquent de rencontrer des difficultés à nouer des relations avec leurs pairs, à comprendre les réactions sociales, ainsi qu'à initier ou adapter des comportements sociaux et émotionnels selon les situations.

Le développement du langage, qui repose sur plusieurs compétences préalables, se fait plus lentement chez ces enfants, ce qui rend parfois difficile l'observation de son évolution normale.

Le diagnostic doit être posé rapidement par un professionnel qualifié, en collaboration avec la famille et l'entourage. Il comprend un bilan médical complet afin de détecter d'éventuelles pathologies associées. Ce diagnostic précoce est essentiel pour définir un accompagnement éducatif et comportemental adapté, favorisant ainsi le développement de l'enfant. (<https://www.comprendrelautisme.com>)

Au niveau du trouble social, on constate chez ces enfants, une incapacité ou difficulté à établir des relations avec les pairs, à apprécier les réponses comportementales lors des échanges, à initier des comportements sociaux et émotionnels appropriés ou à les ajuster en fonction du contexte de ces enfants. (<http://www.instituducerveau.org>)

La prévalence de l'autisme varie considérablement selon les études, les pays et les périodes, ce qui soulève des questions sur ses causes. Actuellement, la prévalence mondiale est estimée à environ 1 % de la population. Au Canada et aux États-Unis, ce taux est d'environ 1 personne sur 94, avec une prévalence plus élevée chez les garçons que chez les filles. Par exemple, aux États-Unis, le taux est estimé à 1 enfant sur 59, tandis qu'au Canada, il est d'environ 1 sur 66 chez les enfants de 5 à 17 ans. (**Enquête canadienne sur la santé des enfants et des jeunes 2019**)

En Algérie, selon le **Pr Terranti**, la prévalence mondiale d'environ 1 % permet d'estimer plus de 400 000 personnes concernées par l'autisme. L'absence de prise en charge adéquate peut entraîner le développement de handicaps et de troubles neuropsychiatriques lourds, affectant non seulement les personnes autistes mais aussi leurs familles et la communauté. La majorité des personnes autistes en Algérie ne bénéficie pas encore des soins et services appropriés, ce qui souligne la nécessité d'interventions complexes, multidisciplinaires et durables, impliquant plusieurs institutions publiques. (**Ministère de la Santé Algérie, Plan National Autisme**)

LA PROBLEMATIQUE

Les études récentes incluent dans le spectre autistique des formes plus subtiles, souvent non diagnostiquées auparavant, ce qui contribue à l'augmentation apparente de la prévalence. Ces formes concernent aussi bien les enfants que les adultes présentant des difficultés sociales significatives.

Enfin, bien que la génétique soit un facteur majeur, certains chercheurs évoquent des causes potentielles liées au mode de vie moderne, à l'alimentation ou à l'exposition à des substances toxiques, mais ces hypothèses nécessitent encore des preuves scientifiques solides.

A ce problème exactement nous essaierons de rédiger notre travail de la recherche en limitant à la question suivante :

✓ Qu'elles sont les moyens adoptés chez l'enfant autiste dans le cadre prise en charge pour améliorer à communiquer et réagir vers les autres ?

✓ Comment la communication participe-t-elle à diminuer le degré de l'isolement chez l'enfant autiste ?

2. Les Hypothèses:

↳ Hypothèses 1:

Certains enfants atteints d'autisme ont vu leur communication, qu'elle soit verbale ou non verbale, facilitée grâce au programme TEACCH, une méthode reconnue pour son efficacité à structurer l'apprentissage et à adapter les supports de communication à leurs besoins spécifiques.

↳ Hypothèses 2:

La communication permet de diminuer l'isolement de l'enfant autiste en facilitant son intégration au sein du groupe. Elle encourage sa participation aux activités, stimule ses réactions et favorise les échanges sociaux avec les autres.

3. L'opérationnalisation des concepts :

A/ l'autisme:

L'autisme ou trouble du spectre autistique (TSA), est un trouble neuro-développemental qui débute généralement dès la petite enfance et dure toute la vie. Il se manifeste par des difficultés de communication et d'interaction sociale, ainsi que par des comportements répétitifs et des intérêts restreints. (<http://www.inserm.fr>)

LA PROBLEMATIQUE

Définition opérationnelle de l'autisme :

L'autisme est un trouble chronique qui touche enfants et adultes, apparaissant généralement avant l'âge de trois ans. Il se manifeste par des difficultés de langage, des problèmes de communication et des comportements répétitifs. Dans notre étude, nous avons sélectionné quatre enfants autistes afin d'évaluer le degré de leurs difficultés communicationnelles.

B. Le Programme TEACCH:

C'est une approche éducative structurée et individualisée pour les personnes autistes. Il vise à améliorer leur compréhension du monde, leur autonomie et leur bien être en structurant l'environnement et en utilisant des supports visuels.

C'est un outil d'intervention éducative précoce destiné aux enfants et aux adultes avec TSA. C'est une méthode d'éducation structurée qui permet aux enfants TSA de suivre un enseignement adapté à leur handicap.

(www.autismeinfoservice.fr)

Définition opérationnelle du programme TEACCH :

C'est un ensemble de stratégies éducatives basées sur la structuration visuelle et temporelles de l'environnement et des activités visant l'évaluation des compétences (les routines, la communication verbale et non verbale et l'apprentissage). En appliquant ce programme sur quatre (04) enfants autistes à l'âge de 5 ans jusqu'à 7 ans.

C. La communication:

C'est un "processus fondamental par lequel les individus échangent des informations". Ce processus implique une transmission de pensées, de messages et d'informations à travers divers moyens, incluant la parole, l'écriture et des signaux non verbaux. Son objectif principal est de transmettre des idées, des émotions et des intentions de manière efficace, afin de faciliter la compréhension mutuelle. (<https://www.doi.org>)

Définition opérationnelle de la communication :

La communication est une interaction verbale ou non verbale par laquelle une personne échange des idées ou des émotions avec autrui. Chez l'enfant autiste, cette communication est souvent très difficile : il peut avoir du mal à initier ou suivre une conversation, ne pas comprendre les règles sociales, présenter un échec dans le partage des émotions et des intérêts, montrer peu d'expressions faciales, un retard ou un langage incompréhensible, et un contact

LA PROBLEMATIQUE

visuel souvent absent. Ces difficultés reflètent une altération de la réciprocité sociale et émotionnelle, ainsi qu'une difficulté à comprendre les sous-entendus ou les règles implicites de la communication.

D/ Un trouble de la communication :

Un trouble de la communication désigne une difficulté persistante à émettre, recevoir, comprendre ou utiliser des messages verbaux ou non verbaux. Cela peut affecter la parole, le langage, la voix, la fluidité de la parole ou la communication sociale. Ces troubles peuvent toucher la capacité à parler clairement, à comprendre le langage, à utiliser le langage de manière appropriée dans les interactions sociales.

Ces troubles peuvent être d'origine développementale, neurologique ou liée à des problèmes auditifs, et nécessitent souvent une prise en charge spécialisée, notamment en orthophonie, pour améliorer les compétences communicationnelles de la personne concernée.

(Fédération Française des DYS, page « Troubles DYS » (2024).

Un trouble de la communication désigne des difficultés persistantes affectant la capacité à comprendre, produire ou utiliser le langage et la parole dans un contexte social. Il peut toucher plusieurs aspects : le langage oral, la phonation, la fluidité verbale et la communication sociale, c'est-à-dire l'usage du langage adapté à la situation sociale.

Définition opérationnelle du trouble de la communication est la suivante :

Il s'agit d'un trouble neurodéveloppemental caractérisé par des difficultés persistantes à comprendre ou à produire la parole et le langage, ou à utiliser le langage de manière appropriée dans un contexte de communication. Ces troubles affectent une ou plusieurs fonctions cognitives liées au langage, telles que la phonologie, le lexique, la syntaxe et la pragmatique. Ils se manifestent par des difficultés d'expression et/ou de réception du langage oral, impactant la capacité à exprimer ses besoins, ses pensées, et à interagir socialement.

F/ L'enfant autiste:

Être autiste, c'est vivre dans un monde incompréhensible, imprévisible, chaotique. Les enfants autistes perçoivent souvent les mots comme de simples bruits sans signification, car leur cerveau a des difficultés à analyser et filtrer les informations sensorielles. (<https://fr.wikipedia.org>)

Ils ne comprennent pas toujours les pensées ou les émotions des autres, ni ne savent exprimer clairement leurs propres intérêts. Cette difficulté à décoder les signaux sociaux et émotionnels entraîne souvent un isolement et des comportements répétitifs. Pour mieux

LA PROBLEMATIQUE

accompagner ces enfants, il est essentiel d'adopter des approches adaptées, comme l'utilisation de supports visuels et un environnement structuré. (<https://www.fr.wikipedia.org>)

Définition opérationnelle de l'enfant autiste :

L'enfant autiste est une personne présentant un trouble neuro-développemental caractérisé par des difficultés majeures dans la communication et les interactions sociales, Il éprouve des difficultés à comprendre et à s'adapter au monde qui l'entoure, souvent sensible à son environnement. Sans accompagnement adapté, il rencontre des obstacles importants pour s'intégrer socialement et communiquer efficacement. Ce trouble apparaît généralement avant l'âge de 3 ans et persiste tout au long de la vie.

4. Les objectifs de l'étude:

Les objectifs de la recherche sont d'améliorer la communication chez les enfants autistes en connaissant les différents programmes et stratégies de prise en charge pour faciliter l'expression et la compréhension. Il s'agit aussi d'orienter et guider les parents pour intégrer leur enfant dans la vie sociale, notamment à l'école et dans les interactions avec les pairs. La recherche vise à approfondir les connaissances sur l'autisme, sensibiliser le public pour réduire la stigmatisation, et comprendre le rôle crucial de la communication dans la vie des enfants autistes. Un autre objectif est de détecter les obstacles rencontrés par l'enfant dans la compréhension du langage et d'identifier les stratégies adaptées pour développer ses compétences langagières et favoriser la création de conversations avec ses pairs, en s'appuyant sur des méthodes pédagogiques spécifiques et des outils adaptés.

5. Les raisons choix thème :

Parmi les raisons essentielles du choix du thème, on peut citer l'augmentation de l'autisme de sa prévalence dans la société, Ce trouble du neuro-développemental suscite un intérêt croissant pour mieux le comprendre, le diagnostiquer précocement et adapter les interventions, d'autant que la prévalence a triplé en dix ans dans certaines régions. Le thème attire aussi l'attention sur une catégorie importante de la société souvent méconnue, favorisant la sensibilisation et l'acceptation de la diversité, comme le souligne la Journée mondiale de sensibilisation à l'autisme. Enfin, ce sujet est crucial dans le cadre des études liées à la santé, l'éducation et le social, car il permet d'approfondir les connaissances sur un trouble complexe, d'améliorer la prise en charge et de soutenir les familles concernées.

LA PROBLEMATIQUE

6. Les études antérieures:

- **Simon Baron-Cohen** est le principal chercheur à avoir formulé la théorie de l'esprit pour expliquer les difficultés socio-communicatives chez les personnes autistes. Dès les années 1980, avec ses collègues Uta Frith et Alan Leslie, il a démontré que les enfants autistes ont une grande difficulté à comprendre que les autres ont des pensées, croyances, désirs différents des leurs, ce qui entrave leur capacité à « se mettre à la place de l'autre » dans les interactions sociales. Il a décrit cette incapacité comme une « cécité mentale » a précisé que ce déficit ne concerne pas la reconnaissance d'intentions simples ou la direction du regard, mais bien la compréhension des états mentaux complexes. Pour mesurer ces capacités, il a développé des tests comme le « Reading the Mind in the Eyes », qui évalue la reconnaissance des émotions et intentions à partir du regard, montrant que les personnes autistes ont des difficultés spécifiques dans ce domaine. Par ailleurs, Baron-Cohen a proposé la théorie de l'empathie-systématisation, selon laquelle les autistes présentent une forte tendance à analyser les systèmes et une empathie réduite, ce qui influence leur communication sociale. Il a aussi étudié les bases neurobiologiques de ces troubles, notamment via des travaux d'imagerie cérébrale révélant des différences dans l'amygdale et le cortex orbitofrontal. Ses recherches ont inspiré des interventions éducatives ciblées sur la reconnaissance émotionnelle et la cognition sociale.

(<http://www.comprendrelautisme.com>)

- **Catherine Lord**, psychologue clinicienne, a quant à elle développé des outils d'évaluation standardisés, notamment l'ADOS (Autism Diagnostic Observation Schedule), qui permet d'observer et d'évaluer précisément les compétences sociales, la communication verbale et non verbale, ainsi que les comportements répétitifs chez les enfants et adultes autistes. Ses études longitudinales ont montré que les compétences socio-communicatives peuvent évoluer favorablement avec des interventions précoces adaptées. Elle insiste sur une approche intégrée qui prend en compte le développement global de l'enfant, ses capacités cognitives, langagières et son environnement familial, pour mieux comprendre et soutenir ses interactions sociales.

(<https://www.hogrefe.com>)

- **Tony Attwood** s'est spécialisé dans le syndrome d'Asperger, mettant en lumière les difficultés spécifiques dans la communication pragmatique, c'est-à-dire l'usage du langage dans un contexte social : gestion du tour de parole, compréhension implicite, humour, et décodage des signaux non verbaux. Il a développé des programmes d'entraînement aux compétences sociales basés sur l'apprentissage explicite des règles sociales et la reconnaissance des émotions, adaptés aux particularités cognitives et émotionnelles des personnes autistes à haut potentiel. Ses

LA PROBLEMATIQUE

ouvrages pédagogiques sont des références pour les professionnels et familles, car ils allient rigueur scientifique et conseils pratiques pour améliorer les relations sociales et la communication chez ces personnes. (<https://www.tonyattwood.com>)

Synthèse :

Les recherches menées par Simon Baron-Cohen, Catherine Lord et Tony Attwood ont profondément éclairé la compréhension des troubles socio-communicatifs dans l'autisme. Baron-Cohen a mis en avant la théorie de l'esprit, soulignant la difficulté des personnes autistes à percevoir les pensées et émotions complexes des autres, et a développé des outils d'évaluation spécifiques ainsi qu'une théorie expliquant leur profil cognitif particulier. Catherine Lord a quant à elle élaboré des méthodes standardisées d'évaluation, comme l'ADOS, et a démontré que les compétences sociales peuvent évoluer positivement grâce à des interventions précoces et globales prenant en compte l'environnement et les capacités individuelles. Enfin, Tony Attwood a approfondi la compréhension des troubles pragmatiques de la communication, notamment chez les personnes avec syndrome d'Asperger, en proposant des programmes d'entraînement adaptés pour améliorer les interactions sociales. Ensemble, ces travaux ont permis de mieux cerner les mécanismes des difficultés sociales dans l'autisme et d'orienter des approches éducatives et thérapeutiques ciblées.

PARTIE THEORIQUE

CHAPITRE I

L'AUTISME

Préambule :

L'autisme est un trouble qui est vaste et même temps largement répandue et suscite l'intérêt des chercheurs et des professionnels de la psychologie, il se caractérise par des difficultés de communication sociale et des comportements restreints et répétitifs ainsi que des sensibilités sensorielles. Environ 1 enfant sur 100 diagnostiqué autiste dans le monde et la prévalence est plus élevée chez les garçons que les filles. L'autisme est souvent couplé à une déficience intellectuelle, à des problèmes de la santé mentale et à des maladies neuro développementales telle que le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH).

Le diagnostic de l'autisme repose sur des caractéristiques comportementales observable telle que le manque de contact visuel ou le dialogue, des intérêts restreints ou inhabituel ainsi que des hypersensibilités sensorielles.

Lorsque on a dit l'autisme on a utilisé fréquemment dont le sens toujours partagé voire même perçu la communication, l'attention, la mémoire, l'expérience, l'intentionnalité, la pensée, la parole et l'agir ont dans notre propre fonctionnement un sens qui peut être tout autre lorsque sont concernés l'autiste. Or, pour l'exister en tant que sujet il faut accepter l'autre que comprends pas, ne partage pas, ne vive pas la situation comme nous, les autistes extrêmement complexes. Il prend racine dans des origines différents et divers.

Pour bien soigner les autistes, il est nécessaire de chercher à mieux comprendre et observer leur langage corporel et à les aider eux même à le comprendre, ce qu'ils sont là plupart du temps incapable de faire.

1. Aperçu historique du trouble spectre autistique:

La paternité de l'autisme revient au psychiatre Léo Kanner qui décrit en 1943 chez onze enfants " d'intelligence normale " et cela pour la première fois " les troubles autistiques du contact affectif ".

Kanner à l'intuition d'un médecin psychiatrique spécifique à l'enfant complexifie par son caractère développemental et singularité de l'histoire psychoaffective et éducative de l'enfant.

En 1930, il est amené à diriger le premier service de psychiatrie pour enfants aux États-Unis. Cinq ans plus tard, il publie le premier manuel de psychiatrie infantile en langue anglaise.

Treize ans plus tard, la publication des " troubles autistique du contact affectif" font l'effet d'un coup de tonnerre dans le milieu psychiatriques anglo - sexon de l'époque. Bien que ces enfants présentant des troubles différents, Kanner observe chez tous un repli sur soi. Ce repli s'exprime dans différents domaines " affectifs " : la relation aux autres, la communication verbale, le temps, de ne subir aucun changement.

Pour décrire cet état commun, il emprunte à la clinique psychiatrique adulte la dénomination d'un symptômes, l'autisme qui fait référence au repli sur soi décrit dans la schizophrénie, par un autre psychiatre, Eugen Bleuler, trente ans auparavant.

L'utilisation de ce symptôme de la schizophrénie contribuera probablement a la confusion existant longtemps entre autisme et schizophrénie mais aussi chez les psychiatres : la question d'une entité commune a la schizophrénie et l'autisme en tant que trouble schizophrénique précoce sera définitivement abandonné au cours des années 1980 sur le plan international.

Des 1943, Kanner remarque que les troubles observés se distinguent de la schizophrénie infantile alors que les troubles autistiques du contact affectif s'expriment tôt chez l'enfant, la schizophrénie à début précoce est précédée par deux années de développement normal. Il suspecte une origine génétique innée, Comme il prend aussi en compte l'univers familiale de l'enfant, il note fréquemment une froideur affective chez les deux parents et une éducation très intellectuelisé.

L'origine de ce trouble reste obscure et entraîne des interprétations différentes, par les médecins, pédiatres, ou psychiatres qui divergent en fonction des deux courants de pensée de cette spécialité médicale naissante, la pédopsychiatrie. On assiste à cette époque a l'opposition entre psychanalyse et biologie.

Les psychanalystes, qui sont en faveur d'une origine acquise des troubles mentaux de l'enfant, voient dans les propos concernant la froideur affective parentale des indices expliquant ce repli massif. Bettelheim pousse l'interprétation à son paroxysme. D'après lui, ce trouble est le résultat d'un déni de l'enfant par ses parents. L'autisme s'apparenterait à la condition de déshumanisation la plus complète vécue dans le champ de concentrations nazies. Par son éducation et ses écrits, il contribue à la méditation de cette conception erronée mais séduisante, car elle permet de croire possible de guérir l'enfant, en mettant le soignant et le public dans une position

de sauveur, de libérateur de l'enfant aliéné. Mais la réalité de ces enfants n'est pas celle des enfants élèves dans une carence affective extrême, pourvoyeuse de déficience intellectuelle et de symptômes ressemblant à l'autisme.

La démarche médicale d'observation comme celle de Kanner, d'asperger au même moment et d'autre psychiatres, revêt alors un caractère politique. S'opposer à l'approche psychanalytique est suspecté de façon plus ou moins ouvertement exprimé, d'avoir des opinions " non humaniste " voire d'extrême droite. Une conclusion hâtive est d'assimiler les biologistes " partisans de l'inné " aux partisans de l'eugénisme. Pourtant les médecins biologistes prônent notamment une prise en charge éducative pour l'autisme. Ils ont bien conscience que le bain éducatif et psychoaffectif est primordial pour l'enfant.

Cette querelle dans les pays Anglo saxons a cessé depuis des décennies, aussi du fait du développement important de la psychologie expérimentale et cognitive et de son interrogation dans les neurosciences cognitives.

En France, malgré les discours d'apaisement, elle perdure pour une partie des psychothérapeutes psychanalystes lesquels ne sont pas toujours médecins psychiatres. Il n'y a qu'à voir le tollé provoqué par le rapport de l'HAS sur l'autisme et sa prise en charge en 2012 ou encore la polémique autour du documentaire interdit avant sa diffusion.

Une partie des psychanalystes continuent de justifier leur prise en charge au nom de l'humanité et de la liberté. Certains, plus extrémistes, dénoncent dans des journaux diffusés sur le web, une volonté d'aliénation des autistes par les programmes éducatifs.

Quel que soit le degré de critiques, ces thérapeutes bien intentionnés oublient la démarche commune de tout médecin et de tout soignant : l'intérêt et le respect du patient. Un fait est en tout cas rapidement acquis sur le plan clinique et confirmé dans les années 1960 par des études: le syndrome et les traits autistique sont bien une réalité.

Après la définition de l'autisme de Kanner des groupes d'enfants souffrant de symptômes d'intensité et d'expressions variables sont identifiés. Tout partage le noyau clinique perçu par Kanner à différentes degrés de sévérité.

Depuis la seconde moitié du XIXe siècle, les progrès techniques et scientifiques ont permis d'explorer de nombreuses pistes pour mieux comprendre les origines du trouble du spectre autistique (TSA). Ces avancées concernent des domaines variés tels que la biologie cellulaire, la biochimie, la physiologie cérébrale, l'embryogenèse, ainsi que les techniques modernes de neuroimagerie statique et fonctionnelle. Parallèlement, la psychologie cognitivo-comportementale a contribué à préciser les manifestations cliniques et les mécanismes cognitifs impliqués dans l'autisme.

Malgré ces progrès, le TSA demeure un trouble complexe dont les causes exactes ne sont pas encore entièrement élucidées. Les recherches montrent aujourd'hui que l'autisme résulte d'une interaction multifactorielle entre une prédisposition génétique importante et des facteurs environnementaux. On sait que plusieurs centaines de gènes sont impliqués, affectant notamment la formation et la communication des neurones dans le cerveau. En outre, certains facteurs prénataux et périnataux, comme l'exposition à certains médicaments, la prématurité ou des complications à la naissance, peuvent influencer le développement du TSA.

Sur le plan clinique, la diversité des symptômes et leur intensité variable illustrent la complexité du spectre autistique. Cette hétérogénéité rend la compréhension et la prise en charge du trouble particulièrement difficile, nécessitant une approche personnalisée et globale.

Dans ce contexte, il est aujourd'hui essentiel que la prise en charge de l'autisme soit multifactorielle. Au-delà des thérapies comportementales et éducatives, il convient également de prendre en compte les aspects somatiques fréquemment associés, tels que les troubles du sommeil, les intolérances alimentaires ou la dysbiose intestinale. Cette approche globale vise à améliorer la qualité de vie et favoriser l'épanouissement des personnes autistes au sein de la société.

Enfin, bien que la recherche ait considérablement progressé depuis les premières théories psychanalytiques, de nombreuses questions demeurent. Il est donc crucial que les investigations scientifiques se poursuivent afin de mieux comprendre les mécanismes sous-jacents au TSA et de développer des interventions toujours plus efficaces, dans un avenir aussi proche que possible. (PDF intitulé sur la conceptualisation de l'autisme depuis kanner: ou en sommes nous ?)

2. Quelques Définitions :**2. 1/ L'autisme :**

L'autisme n'est pas une maladie, c'est un handicap dont les manifestations sont décrites sous l'intitulé de trouble du développement d'origine neurologique. L'autisme se manifeste principalement par une altération des interactions sociales et de la communication et par des intérêts restreints et répétitifs. Ces troubles peuvent provoquer un comportement inadapté dans certaines situations. Ces signes peuvent généralement être identifiés avant l'âge de 3 ans.

(<https://www.autismeinfoservice.fr>)

L'autisme fait partie des troubles du neurodéveloppement (TND). Il se manifeste dès la petite enfance (avant l'âge de 36 mois) et a des conséquences à différents niveaux et degrés sur les sphères développementales de l'enfant. Les conséquences ont le plus souvent des répercussions au niveau de l'autonomie, des interactions et de la participation sociale de la personne autiste.

(<https://www.pasteur.fr>)

⇒ Selon l'approche évolutive :

Par la notion de « spectre », on ne fige pas une personne autiste sur une échelle de « très autiste » à « un peu autiste ». Chaque personne étant différente, chaque trouble étant spécifique, le spectre permet de définir une place selon différentes capacités : le langage, la perception, les émotions, les capacités motrices... Ainsi, un enfant autiste pourra maîtriser la communication verbale, mais pourra se sentir en difficulté pour percevoir et comprendre ce que l'autre lui demande. Il s'agit de repérer les forces et les faiblesses de chaque personne autiste pour recommander les interventions adaptées. (<https://www.autismeinfoservice.fr>)

C'est un trouble neuro-développemental précoce qui dure toute la vie, Il n'existe pas l'heure actuelle, de médicament spécifique, mais une prise en charge adaptée permettant de mieux vivre avec l'autisme. Ce dernier peut être repéré avant l'âge de 2 ans mais le diagnostic est possible tout au long de la vie. Est souvent associé à d'autres troubles (épilepsie, hyperactivité, déficience intellectuelle, troubles du sommeil, troubles alimentaires. (<https://www.autismeinfoservice.fr>)

⇒ Selon les médecins :

Selon les médecins, l'autisme est un trouble neuro-développemental qui affecte la communication sociale, les interactions et le comportement, et qui persiste tout au long de la vie. Il se caractérise par des difficultés à établir des liens sociaux, à communiquer, à interagir avec les autres et à comprendre les émotions.

Les personnes autistes peuvent également présenter des intérêts restreints et répétitifs, ainsi que des comportements répétitifs. (<https://www.sante.gouv.fr>)

Elle se caractérise par une parole fluide avec un débit normal, mais marquée par des paraphrasies sémantiques, c'est-à-dire des substitutions de mots par d'autres ayant un lien de sens (par exemple, dire "table" au lieu de "chaise"). La compréhension auditive est sévèrement altérée, rendant difficile la compréhension des mots et des phrases. (<https://www.orthophonie-pagejaunes.fr>)

Le trouble du spectre de l'autisme (TSA) est un trouble neurodéveloppemental qui touche principalement la communication socio-émotionnelle. Il représente un ensemble de symptômes qui sont variés d'une personne à l'autre. Le terme TSA remplace le terme TED.

(<https://www.autismeinfoservice.fr>)

⇒ Selon L'APA :

Le trouble du spectre autistique (TSA) est un trouble du développement complexe qui affecte principalement la capacité à communiquer et à interagir socialement de manière adaptée. Ce trouble se caractérise également par la présence d'intérêts limités, souvent très spécifiques, ainsi que par des comportements répétitifs ou stéréotypés. Le TSA est un trouble durable, qui accompagne la personne tout au long de sa vie. Cependant, l'intensité des symptômes et leur impact sur le fonctionnement quotidien varient largement d'un individu à l'autre. Certaines personnes peuvent présenter des difficultés légères et être relativement autonomes, tandis que d'autres peuvent avoir besoin d'un soutien important dans leur vie quotidienne.

Les premiers signes de ce trouble peuvent être remarqués par les parents ou les pédiatres avant que l'enfant n'atteigne l'âge d'un an. Cependant, le besoin de services et de soutien devient généralement plus visible vers l'âge de 2 ou 3 ans. Dans certains cas, les problèmes liés à l'autisme peuvent être légers et ne pas être apparents avant que l'enfant ne commence l'école, après quoi ses déficits peuvent être prononcés lorsqu'il est parmi ses pairs. (<https://www.ameli.fr>)

⇒ Selon les psychiatres :

Le trouble du spectre autistique (TSA) est un trouble neurologique et développemental qui affecte la façon dont les personnes interagissent avec les autres, communiquent, apprennent et se comportent. Bien que l'autisme puisse être diagnostiqué à tout âge, il est décrit comme un « trouble du développement » car les symptômes apparaissent généralement au cours des deux premières années de vie. (<https://www.aqnp.ca>)

⇒ Selon CIM 10 :

L'autisme est un trouble du développement qui se caractérise par des difficultés persistantes dans trois domaines clés : les interactions sociales réciproques, la communication, ainsi que par des comportements, intérêts et activités limités, répétitifs et stéréotypés. Ces perturbations affectent la capacité de la personne à établir des relations sociales normales, à communiquer efficacement et à s'adapter à des situations nouvelles ou variées, en raison de routines rigides et d'intérêts restreints. (<https://www.comprendrelautisme.com>)

L'autisme comme un trouble envahissant du développement marqué par des anomalies dans les interactions sociales, des troubles de la communication, et la présence de comportements répétitifs et d'intérêts restreints. Ce trouble entraîne des difficultés à partager des émotions ou des expériences avec autrui, un langage parfois absent ou atypique, ainsi que des activités et comportements répétitifs qui limitent la flexibilité et l'adaptabilité de la personne dans son environnement quotidien. (<https://www.comprendrelautisme.com>)

⇒ Selon l'orthophoniste :

Les troubles du neurodéveloppement désignent une altération d'un ou plusieurs mécanismes cérébraux essentiels au développement de l'enfant. Ces mécanismes peuvent concerner la motricité, le traitement sensoriel, le langage, la communication et les interactions sociales. Ces troubles apparaissent tôt dans l'enfance et affectent le développement cérébral, entraînant des difficultés variables selon les domaines touchés, comme le langage oral ou écrit, la coordination motrice, l'attention ou les apprentissages scolaires. (<https://www.allo-ortho.com>)

Les troubles du spectre de l'autisme regroupent plusieurs syndromes caractérisés par des atteintes dans trois sphères du développement : les interactions sociales et la communication verbale et non-verbale et les intérêts et les comportements qui sont restreints, répétitifs ou stéréotypés.

Bien que ces enfants puissent présenter des atteintes langagières de toutes sortes, En effet, ils démontrent habituellement peu d'intentions de communication et ne respectent pas toutes les règles typiques d'un échange verbal (contact visuel, tours de parole, maintien d'un sujet de conversation...). (<https://www.maisondelautisme.fr>)

⇒ Selon la psychologie :

L'autisme est un trouble neuro-développemental qui débute avant 3 ans. Il se caractérise par une concentration intense de la personne sur son monde intérieur et d'une perte de contact avec le monde extérieur. Il touche les interactions sociales, la communication et le comportement. (<https://www.aqnp.ca>)

L'autisme apparaît au cours des premiers 36 mois de vie, et parfois avant. Durable, il peut impacter les interactions sociales, la communication verbale et non-verbale, et le comportement (gestes répétitifs, rituels, intérêts restreints). Il impacte le développement ainsi que les apprentissages. (<https://www.pasteur.fr>)

2. 2/ Le langage :

Le langage est un système structuré de signes oraux, écrits ou gestuels, propre à l'être humain, qui permet de communiquer des idées, des émotions, des connaissances et des intentions. Il repose sur des règles grammaticales et syntaxiques qui organisent les mots et les phrases, facilitant ainsi la compréhension et l'échange entre les individus. Le langage englobe plusieurs dimensions : le langage oral (parlé), le langage écrit (écriture) et le langage non verbal (gestes, expressions faciales).

Le langage est un système complexe de communication propre aux êtres humains, qui regroupe le développement, l'acquisition, l'entretien et l'utilisation de signes vocaux, gestuels, graphiques ou tactiles pour exprimer des idées, des émotions et des informations. Il repose sur des règles sociales et linguistiques (phonologie, syntaxe, sémantique) permettant de former des mots, des phrases et des expressions avec un sens partagé au sein d'une communauté. Le langage humain se distingue par sa capacité à représenter des concepts abstraits, à évoquer des événements passés ou futurs, et à s'adapter aux contextes culturels. (Wikipédia: « Langage humain » - système complexe de communication et capacité humaine à utiliser des signes selon des conventions sociales.)

2.3/ La période de l'enfance :

L'enfance désigne ainsi la période de vulnérabilité et d'insuffisance durant laquelle l'adulte va exercer sa protection et son pouvoir. De toutes les espèces animales, l'enfant est le plus immature à sa naissance, le plus fragile: c'est le phénomène de néoténie. Son incapacité à survivre par ses propres moyens aboutit à une très grande dépendance à l'égard de son environnement. Cette dépendance absolue a un substrat physiologique. (<https://www.spp.asso.fr>)

L'enfance est une phase de développement et d'apprentissage nécessitant la bienveillance. La période de la vie qui se situe entre la naissance et la puberté et qui caractérise un être humain en voie de développement, il comprend plusieurs stades successifs.

(<https://www.capconcurs.com>)

2.4/ L'enfant autiste :

Selon la communauté scientifique et médical s'accorde pour définir une dyade autistique regroupant l'ensemble de ces symptômes dans les domaines : la communication sociale, les interactions sociales des comportements, activités ou intérêt répétitifs d'autre part. Ces différences entraînent des difficultés d'adaptation à la vie familiale et en société et des souffrances à la fois chez ces enfants et chez leur entourage. (<https://www.vidal.fr>)

L'enfant autiste ne comprend pas forcément le monde qui l'entoure car son traitement sensoriel est différent : il perçoit tous les stimuli sans filtre, ce qui peut provoquer une surcharge sensorielle et une grande sensibilité à l'environnement. Cette perception particulière rend difficile la sélection des informations importantes, ce qui complique son adaptation aux changements, même mineurs. L'enfant autiste vit dans un monde sensoriel et émotionnel différent, ce qui rend complexe la compréhension et l'adaptation aux situations sociales et environnementales, entraînant parfois des comportements perçus comme inappropriés. (<https://www.autismeinfoservice.fr>)

3. Les signes d'alerte du trouble spectre autistique:

En tant que professionnels, que ce soit de l'éducation ou de la santé par exemple, vous êtes au contact d'enfants et pouvez constater des troubles du développement certains comportements peuvent ainsi vous interpeler, que ce soit sur le langage, la communication ou les interactions sociales. Voici quelques-uns de ces signes qui pourraient vous alerter :

↳ Signe n°1 : un manque de réciprocité émotionnelle

Chez l'enfant autiste, le manque de réciprocité émotionnelle se manifeste par des difficultés à percevoir, comprendre et répondre aux émotions des autres. Il éprouve souvent des difficultés à décrypter les expressions faciales, les mimiques ou les gestes qui accompagnent les émotions, comme le sourire ou les pleurs, qui ne lui apparaissent pas toujours comme des signes de joie ou de tristesse. Cette difficulté à analyser le contexte émotionnel entraîne des réactions parfois inappropriées, comme rire lors d'une situation triste, ce qui peut surprendre l'entourage et compliquer les interactions sociales.

L'enfant autiste a aussi du mal à exprimer ses propres émotions de manière conventionnelle. Il ne sourit pas nécessairement quand il est content, ni ne pleure quand il est triste, et peut manifester ses émotions par des comportements inhabituels, comme des crises de colère liées à une frustration ou une anxiété qu'il ne sait pas verbaliser. Ses centres d'intérêt, qui lui procurent de la joie, ne sont généralement pas partagés ou sont communiqués de façon très pragmatique et concrète, ce qui limite le partage émotionnel avec les autres.

Dans la vie quotidienne, ce manque de réciprocité émotionnelle se traduit par :

- Une insensibilité apparente à certains événements émotionnels ;
- Une difficulté à lire et interpréter les émotions sur le visage des autres ;
- Un manque de compassion et d'empathie manifeste ;
- Peu ou pas de partage d'émotions avec autrui ;
- Une indifférence aux émotions exprimées par les autres ;

Ces caractéristiques font partie des critères diagnostiques du trouble du spectre autistique, où la réciprocité sociale et émotionnelle est altérée, affectant profondément les interactions sociales de l'enfant. (<https://www.aqnp.ca>)

↳ **Signe n°2 : une incompréhension du langage non-verbal**

L'enfant autiste éprouve souvent une grande difficulté à percevoir et interpréter les signaux non-verbaux qui accompagnent la communication, tels que les gestes, les expressions faciales, les postures ou le regard. Ces éléments, essentiels dans les échanges sociaux, sont fréquemment ignorés ou mal compris par l'enfant, qui tend à interpréter les informations de façon littérale.

Par exemple, un enfant autiste peut ne pas saisir qu'un sourire ou un regard peuvent transmettre une émotion ou un message implicite, ce qui entraîne des malentendus dans ses interactions quotidiennes. Cette incompréhension peut provoquer des erreurs de jugement, notamment lorsque les gestes ou les expressions sont contradictoires avec les paroles prononcées.

Dans son environnement scolaire ou social, ce déficit dans la lecture des codes non-verbaux peut isoler l'enfant, qui risque d'être perçu comme distant ou peu réceptif, ce qui peut engendrer un sentiment de rejet ou d'exclusion.

Les manifestations concrètes de ces difficultés incluent souvent :

- Des expressions faciales limitées, figées ou inappropriées au contexte ;
- Un ton de voix ou un volume inadapté à la situation ;
- Des gestes atypiques ou peu conventionnels ;
- Des postures rigides ou peu naturelles ;
- Des malentendus fréquents dus à une mauvaise interprétation du langage corporel

Chez certains enfants, ces troubles peuvent s'accompagner d'un retard ou d'une absence de langage verbal, ce qui renforce l'importance de recourir à des moyens alternatifs de communication, comme les gestes codifiés, les pictogrammes ou les systèmes de communication améliorée et alternative (CAA).

L'intervention précoce, notamment par l'orthophonie, vise à développer ces compétences non-verbales et à enseigner à l'enfant des stratégies pour mieux comprendre et utiliser les signaux sociaux, facilitant ainsi ses interactions et son inclusion sociale. (<https://www.ordredemaltefrance.org>)

↳ **Signe n°3 : un désintérêt pour l'interaction sociale**

L'un des signes marquants de l'autisme chez l'enfant est souvent un désintérêt notable pour les interactions sociales. En effet, ces enfants développent fréquemment un univers intérieur très riche et imaginaire, ce qui les conduit à ne pas chercher à attirer l'attention des autres, à initier des échanges ou à entretenir des relations sociales. Cette tendance peut se traduire par une difficulté à partager des moments ou des émotions avec leur entourage.

Dans les formes plus sévères de l'autisme, ce désengagement social peut aller jusqu'à un repli complet sur soi, plongeant l'enfant dans une sorte d'isolement qui limite fortement, voire empêche, toute communication. Dans ces situations, les interactions deviennent extrêmement rares et la communication presque inexistante.

Au quotidien, ce manque d'intérêt pour le contact social peut se manifester de plusieurs façons: l'enfant peut ne pas utiliser les gestes habituels pour saluer ou accompagner ses paroles, éviter le regard des autres ou, au contraire, fixer intensément les yeux sans cligner. Il peut aussi ne pas réagir lorsqu'on l'appelle par son prénom ou lorsqu'on lui pose des questions, témoignant d'une faible réceptivité aux sollicitations sociales. Par ailleurs, il montre souvent peu ou pas d'initiatives

pour engager une interaction avec les autres, préférant rester à l'écart des jeux collectifs, des activités de groupe ou des événements sociaux.

Ces comportements traduisent une difficulté profonde à établir une communication sociale spontanée et à s'intégrer dans les échanges avec son environnement, ce qui constitue un indicateur important dans le repérage des troubles du spectre autistique. (<https://www.instituducerveau.org>)

↳ **Signe n°4 : des retards dans le développement**

Les retards de développement représentent un indicateur fréquent chez les enfants présentant un trouble du spectre autistique (TSA). Ces retards peuvent affecter plusieurs domaines essentiels du développement, notamment le langage, la communication, les compétences sociales, la motricité fine et globale, ainsi que l'autonomie et la capacité d'adaptation à l'environnement.

Souvent, ce sont les parents qui, en observant ces difficultés, consultent un professionnel de santé ou un spécialiste. L'enfant peut manifester un retard marqué dans l'acquisition du langage, éprouver de grandes difficultés à nouer des relations avec son entourage, ou encore ne pas parvenir à développer sa motricité de manière adéquate.

Dans la vie quotidienne, ces retards peuvent se traduire par :

- Un retard dans l'apparition ou le développement du langage, ou bien un usage atypique, répétitif voire stéréotypé des mots et phrases ;
- Une difficulté à comprendre et respecter les règles sociales non dites, ce qui complique les interactions avec les autres ;
- Des troubles de la motricité, comme des difficultés à saisir des objets, à tenir un crayon, ou à effectuer des mouvements coordonnés ;
- Une méconnaissance des risques liés à ses propres actions, pouvant mettre sa santé en danger.

Il est cependant important de souligner que ces retards cognitifs ne sont pas caractéristiques du syndrome d'Asperger, une forme spécifique du spectre autistique. En effet, les personnes atteintes de ce syndrome ne présentent généralement pas de retard intellectuel; au contraire, elles disposent souvent d'un quotient intellectuel dans la norme, voire supérieur à la moyenne.

Par ailleurs, il convient de rappeler qu'un retard dans le développement ne signifie pas automatiquement la présence d'un trouble du spectre autistique. Ce retard peut être lié à d'autres facteurs, tels que le contexte familial, l'environnement social, ou d'autres conditions médicales.

C'est pourquoi un diagnostic rigoureux, réalisé par des professionnels spécialisés, est indispensable pour identifier précisément l'origine des difficultés de l'enfant et mettre en place une prise en charge adaptée. (PDF intitulée [sur Autisme : retard de développement chez l'enfant](#))

↳ **Signe n°5 : des intérêts restreints et obsessionnels**

Chez l'enfant atteint du syndrome d'Asperger, on observe fréquemment un intérêt intense et très ciblé pour des sujets ou objets peu communs. Ces centres d'intérêts spécifiques, souvent qualifiés d'obsessionnels, jouent un rôle fondamental dans la vie de l'enfant, car ils lui apportent un sentiment de stabilité et de sécurité face à un environnement parfois perçu comme imprévisible ou anxiogène. En s'investissant profondément dans ces domaines, l'enfant parvient à mieux gérer son stress et à se sentir apaisé.

Ces passions peuvent se manifester de plusieurs façons :

- Un attachement particulier à des objets inhabituels, comme des piles, des tickets de transport, ou des horaires de bus, que l'enfant collectionne ou manipule régulièrement;
- Une organisation quotidienne centrée autour de ces centres d'intérêt, qui structurent ses activités et rythment ses journées;
- Une accumulation impressionnante de connaissances, parfois très pointues, sur un sujet précis, acquises de manière autodidacte ;
- Le développement d'une véritable expertise dans un domaine spécifique, qui peut devenir une source de fierté et de compétence remarquable ;

Parallèlement à ces intérêts restreints, l'enfant peut présenter des comportements moteurs répétitifs ou stéréotypés, qui sont des manifestations typiques du trouble autistique.

Ces comportements incluent:

- Des mouvements répétitifs tels que le balancement du corps d'avant en arrière, des torsions ou des tapotements des mains ;
- Des stéréotypies verbales, comme la répétition de mots, de phrases ou de sons (écholalie) ;
- Des comportements d'interaction rigides, par exemple l'alignement précis d'objets ou la répétition systématique des mêmes gestes lors des repas ou des jeux ;

Ces comportements répétitifs ne sont pas de simples habitudes, mais des mécanismes d'adaptation essentiels qui permettent à l'enfant de réguler son anxiété et son stress, surtout lorsqu'il est confronté à des situations nouvelles ou perturbantes.

Dans la vie quotidienne, ces manifestations peuvent se traduire par :

- Des tapotements ou battements réguliers des mains;
- La répétition incessante de mots ou d'expressions;
- Un balancement rythmique du corps d'un côté à l'autre;
- La reproduction fidèle et rigide des mêmes gestes dans les routines alimentaires ou ludiques.

Ces particularités, bien qu'elles puissent sembler inhabituelles, sont des éléments clés du profil autistique. Chez les enfants Asperger, ces intérêts restreints peuvent évoluer en véritables domaines d'expertise, offrant à l'enfant des opportunités de développement personnel et social, à condition qu'ils soient accompagnés avec bienveillance et compréhension. **(PDF intitulé sur Autisme : comportements stéréotypés et intérêts restreints décembre 2017.)**

↳ **Signe n°6 : un attachement fort aux routines et rituels**

L'enfant autiste manifeste un besoin fondamental de stabilité et de prévisibilité dans son environnement. Il s'attache fortement à des routines immuables et à des rituels précis qui structurent ses journées : habillage, repas, coucher, jeux. Ces routines sont reproduites toujours de la même manière, avec un ordre strict à respecter, ce qui permet de limiter l'anxiété liée à l'imprévu et au changement.

Chaque objet doit être à une place fixe et définitive, et l'enfant peut montrer une mémoire étonnante pour repérer la disposition exacte ou détecter l'absence d'un élément. Dans un nouvel espace, il peut explorer méthodiquement chaque recoin pendant plusieurs jours pour se l'approprier et réduire son anxiété.

Cette rigidité dans les routines est une réponse à une anxiété profonde face à un monde extérieur perçu comme imprévisible et potentiellement menaçant. Les routines apportent un cadre rassurant et une continuité qui aident à maintenir un équilibre émotionnel. Elles fonctionnent comme un mécanisme d'adaptation essentiel pour gérer les difficultés sensorielles et cognitives.

L'attachement aux routines peut aussi se traduire par une alimentation très sélective, un alignement précis des objets, et une résistance intense à toute modification, même minime, de

l'emploi du temps ou de l'environnement. Cette résistance peut provoquer des crises d'angoisse ou de colère si les changements ne sont pas anticipés ou introduits progressivement.

(<https://www.instituducerveau.org>)

↳ **Signe n°7: une sensibilité sensorielle particulière**

Chez de nombreux enfants autistes, on observe des réactions inhabituelles face aux stimulations sensorielles de l'environnement. Ces particularités sensorielles se manifestent soit par une hypersensibilité (réactions excessives), soit par une hyposensibilité (réactions diminuées) à des éléments tels que les sons, la lumière, les textures, les odeurs ou les goûts.

Hypersensibilité sensorielle :

L'hypersensibilité signifie que certains stimuli sont perçus comme envahissants ou douloureux.

Par exemple:

- Une lumière trop forte, comme celle des néons ou du soleil, peut gêner ou faire mal aux yeux de l'enfant ;
- Les bruits du quotidien, même faibles, peuvent être ressentis comme assourdissants ou insupportables, entraînant parfois des réactions de panique ou de fuite ;
- Certaines odeurs, même discrètes, peuvent provoquer un rejet immédiat, rendant difficile la présence dans certains lieux ou la consommation de certains aliments ;
- Les textures alimentaires ou vestimentaires peuvent être intolérables, ce qui explique une alimentation très sélective ou le refus de porter certains vêtements.

Hyposensibilité sensorielle:

À l'inverse, l'hyposensibilité se traduit par une recherche de sensations fortes ou inhabituelles :

- L'enfant peut être fasciné par les objets lumineux ou brillants, cherchant à les toucher ou à les regarder de près.
- Il peut sembler indifférent à des bruits forts ou avoir besoin d'écouter de la musique à volume élevé pour ressentir quelque chose.
- Son odorat peut être peu développé, rendant difficile la distinction des odeurs, ce qui influence parfois ses choix alimentaires.
- Certains enfants adoptent des comportements alimentaires atypiques, cherchant des goûts ou des textures particulières.

Conséquences au quotidien :

Ces troubles sensoriels, très fréquents dans l'autisme, impactent fortement la vie quotidienne. Ils peuvent provoquer du stress, de l'anxiété ou des réactions intenses face à des situations banales pour les autres. Adapter l'environnement, anticiper les situations à risque et proposer des outils de régulation sensorielle sont essentiels pour le bien-être de l'enfant autiste.

(<https://www.autismeinfoservice.fr>)

↳ Signe n°8: Les stéréotypies

Les stéréotypies sont des comportements répétitifs et caractéristiques des enfants présentant des troubles du spectre autistique. Ces gestes ou mouvements se répètent de manière constante et sans but apparent. Ils peuvent prendre la forme de jeux de mains devant les yeux, battements d'ailes des bras, pointages, tapotages ou grattages. Parfois, l'enfant adopte une démarche particulière, marchant en un seul bloc avec les bras collés le long du corps, tandis que les jambes peuvent être lancées de manière désordonnée, donnant une impression de mouvements anarchiques. On observe également des balancements du buste, des rotations sur lui-même ou une marche sur la pointe des pieds. Chez les enfants qui ont développé un langage, des stéréotypies verbales peuvent apparaître, telles que la répétition de mots ou de phrases (écholalie). Ces comportements s'accompagnent souvent de réactions paradoxales, comme des rires ou sourires inadaptés et discordants par rapport à la situation. Les mouvements peuvent paraître maladroits ou perturbés. Ces stéréotypies ont souvent pour fonction d'aider l'enfant à gérer son stress, ses émotions ou à se réguler face à un environnement parfois difficile à comprendre. Elles peuvent aussi procurer un plaisir sensoriel. En résumé, les stéréotypies regroupent un ensemble de gestes, mouvements et parfois paroles répétitives, qui sont typiques chez certains enfants autistes et qui peuvent s'accompagner de réactions émotionnelles inhabituelles. (PDF intitulé sur **Autisme : comportements stéréotypés et intérêts restreints**)

Signe n°9: Le retrait autistique

Ces enfants manifestent une forte tendance à s'isoler, montrant une absence de reconnaissance des autres. Ils semblent totalement indifférents à leur environnement social et sonore, même si leur perception auditive présente des particularités. Paradoxalement, ils peuvent être sensibles à certains bruits spécifiques, tout en semblant ignorer complètement les appels, y compris lorsqu'on les interpelle par leur nom.

Leur regard est généralement fuyant : ils ne fixent ni les visages ni les objets, adoptant ce qu'on appelle un « regard périphérique », qui donne l'impression qu'ils traversent les personnes sans vraiment les voir. Leur regard paraît vide et difficile à capter. Ils jettent parfois des regards furtifs, mais sans s'attarder.

L'enfant peut montrer un intérêt pour une partie isolée du corps d'une autre personne, comme une main, sans pour autant percevoir la présence globale de cette personne. Le contact physique est souvent rejeté, car ces enfants ne supportent pas d'être touchés.

Quant aux objets et jouets, ils ne les utilisent jamais de manière conventionnelle. Au lieu de cela, ils les manipulent de façon répétitive et stéréotypée : en les grattant, tapotant, mordillant, suçant, ou en les faisant tourner ou rouler. Cette manipulation est souvent accompagnée de reniflements.

L'enfant reste généralement seul, sans exprimer de joie par le rire ni de tristesse par les pleurs. Cependant, il peut avoir des accès de colère violente et adopter des comportements auto-agressifs, tels que se pincer, se mordre, se frapper la tête ou se griffer. Ces enfants paraissent souvent insensibles à la douleur. Leurs émotions semblent remplacées par des décharges motrices ou des manifestations de souffrance physique. (<https://www.canada.com>)

4. Les profils des personnes autistes:

Niveau 1 : Difficulté importante à voir la perspective de l'autre et à se mettre à la place de l'autre

Les personnes présentant ce profil éprouvent une grande difficulté, voire une incapacité, à percevoir et comprendre ce que pensent ou ressentent les autres. Leur langage verbal est très limité, parfois absent, et il est principalement utilisé pour exprimer des besoins fondamentaux ou des désirs simples. Elles ne saisissent pas le sens du langage abstrait, ce qui complique la compréhension des concepts complexes ou des idées non littérales.

Sur le plan cognitif, ces personnes ont une capacité d'attention réduite ainsi que des difficultés marquées dans la compréhension de concepts et la résolution de problèmes. Leur interaction sociale est restreinte, avec peu d'initiatives ou de réponses adaptées aux sollicitations de leur entourage.

Perspectives d'évolution :

Ces individus continuent d'apprendre tout au long de leur vie, mais ils nécessitent une supervision constante. Les parents et professionnels soulignent que les apprentissages doivent être transmis de manière très explicite et directe, car sans cela, les acquisitions sont rares ou incomplètes.

Priorités éducatives et sociales :

L'accent doit être mis sur le développement d'habiletés fonctionnelles et concrètes, utiles au quotidien. Il est essentiel de leur apprendre à vivre en collectivité et à communiquer avec les autres dans des environnements bien structurés et prévisibles. Par ailleurs, il est important de leur offrir des occasions régulières de pratiquer ces compétences dans différents contextes extérieurs au milieu familial, comme à l'école, dans la communauté ou sur le lieu de travail.

Diagnostic associé :

Ce profil correspond généralement à un diagnostic d'autisme accompagné d'un retard de développement important, nécessitant une prise en charge adaptée et un accompagnement soutenu. (PDF intitulé sur Guide de notions de base en matière d'habiletés sociales édition 2009)

Niveau 2 : Capacité émergente de perspective des autres :

Les personnes appartenant à ce niveau présentent un fonctionnement intellectuel qui peut varier d'un léger retard à une intelligence supérieure. Elles éprouvent des difficultés significatives à comprendre ce que pensent ou ressentent les autres, ce qui complique leurs interactions sociales. Leur langage, tant expressif que réceptif, est souvent retardé, avec des lacunes notables dans la compréhension du langage abstrait, notamment des verbes liés aux processus mentaux tels que « réfléchir », « se souvenir », « décider » ou « savoir ».

Ces difficultés s'étendent également à la lecture et à la rédaction, ainsi qu'à la résolution de problèmes et à la pensée critique. De plus, ces personnes montrent souvent un manque d'initiative dans leurs interactions sociales, ce qui peut limiter leur participation active dans les échanges.

Perspectives d'évolution:

En grandissant, ces personnes continuent d'acquérir des compétences et peuvent occuper des emplois simples au sein de la communauté. Elles sont capables d'utiliser les transports en commun et d'apprendre à vivre de manière semi-autonome, par exemple en habitant en appartement. Toutefois, elles auront toujours besoin d'un accompagnement, que ce soit d'une

personne ou d'une équipe, pour les aider à gérer des situations complexes ou imprévues, telles que la perte d'un emploi, un déménagement ou des changements dans les horaires des transports.

Peu d'entre elles réussissent à suivre un cursus collégial complet, ce qui rend essentiel l'accompagnement dès le secondaire par des stages et une préparation spécifique au marché du travail. Malgré leur intelligence, ces personnes ont besoin d'apprendre des compétences d'autonomie de base pour faciliter leur intégration dans la communauté.

Objectifs d'apprentissage:

Les priorités éducatives consistent à enseigner des comportements adaptés à différents contextes sociaux et à développer la capacité de métacognition, c'est-à-dire la faculté de réfléchir sur ses propres pensées et sur celles des autres.

Diagnostic:

Ce profil correspond souvent à un diagnostic de syndrome d'Asperger, de trouble envahissant du développement non spécifié (TED-NS) ou d'autisme de haut niveau. Ces personnes ont une conscience partielle des états mentaux d'autrui : elles ne sont pas totalement « aveugles sociales », mais ont besoin de temps et d'explications pour comprendre certains aspects. Leur apprentissage progresse mieux avec un enseignement direct, structuré et répétitif. **(PDF intitulé sur Guide de notions de base en matière d'habiletés sociales édition 2009)**

Niveau 3 : Compréhension déformée de la perspective d'autrui

Les personnes de ce niveau possèdent une intelligence élevée ainsi qu'un langage verbal riche et un vocabulaire développé. Cependant, elles rencontrent des difficultés importantes à comprendre les règles implicites qui régissent les différents contextes sociaux. Elles ont du mal à lire simultanément les nombreux indices sociaux, tels que les expressions faciales, le langage corporel, le ton de la voix, les mots utilisés et le contexte global de la situation.

Ces individus éprouvent des difficultés dans la lecture de romans et la rédaction de textes, ainsi que dans leurs relations interpersonnelles et leur intégration dans des groupes, même lorsqu'ils souhaitent y participer. Leur capacité à percevoir et à interpréter les signaux sociaux est limitée, ce qui complique leurs interactions. De plus, elles font souvent face à des problèmes de santé mentale liés à la conscience de leur différence et au sentiment de rejet.

Elles adoptent parfois une attitude très compétitive et sont peu en contact avec leurs propres émotions. Elles ne prennent généralement pas l'initiative d'engager des échanges pour résoudre des problèmes ou demander de l'aide.

Perspectives d'avenir:

Ces personnes ont de bonnes chances de mener une vie normale et autonome, que ce soit dans les loisirs, l'emploi ou la gestion de leur logement, mais cela demande un effort considérable. Elles présentent souvent un retard en maturité, un réseau social limité et manquent des compétences nécessaires en autonomie et en organisation pour atteindre leurs objectifs personnels. Le soutien parental est fréquemment indispensable, même à l'âge adulte.

Un accès précoce à des apprentissages adaptés peut améliorer leur réussite à l'âge adulte. Cependant, peu de programmes de soutien ou d'aides financières leur sont proposés, car elles ne sont pas toujours reconnues comme « handicapées » par les institutions.

Priorités pour les apprentissages sociaux:

- Apprendre à adopter des comportements adaptés selon les différents contextes sociaux.
- Développer la capacité à réfléchir sur ses propres pensées ainsi que sur celles des autres (métacognition).

Diagnostic:

Ce profil correspond souvent à des personnes présentant un syndrome d'Asperger, un trouble envahissant du développement non spécifié (TED-NS) ou un autisme de haut niveau. Elles peuvent également cumuler d'autres troubles tels que des troubles d'apprentissage, un trouble bipolaire ou un déficit d'attention.

Ces personnes sont conscientes que les autres ont des points de vue différents du leur. Elles peuvent décrire les émotions, motivations, intentions, croyances et expériences passées des autres, et comprennent qu'elles peuvent influencer les émotions et pensées d'autrui par leurs paroles et actions. Néanmoins, elles ont des difficultés à s'autogérer et à adapter leur comportement durant les échanges sociaux, en raison de troubles des fonctions exécutives. Elles paraissent souvent « normales » mais ne perçoivent pas les règles implicites qui régissent la vie en groupe. (PDF intitulé sur Guide de notions de base en matière d'habiletés sociales édition 2009)

5. Les types du trouble spectre autistique:

Pour mieux décrire les troubles du spectre autistique, les spécialistes en distinguent différentes formes selon l'âge où ils apparaissent, leurs symptômes et l'existence d'une cause génétique connue:

Les formes d'autisme infantile et asperger sont les plus courantes et les plus caractéristiques des troubles habituellement observés. Elles peuvent s'exprimer avec plus ou moins de sévérité et leurs symptômes varient considérablement d'une personne à l'autre

5.1/ L'autisme infantile, quand l'autisme arrive tôt :

L'autisme infantile, ou autisme de Kanner, constitue une forme sévère des troubles du spectre autistique (TSA), caractérisée par une apparition précoce avant l'âge de trois ans. Les symptômes principaux englobent des déficits significatifs dans les interactions sociales, la communication et le comportement. Les enfants manifestent un manque d'engagement social, comme l'absence de contact visuel, de sourire partagé ou de gestes désignatifs (pointer du doigt). Le langage, lorsqu'il est présent, est souvent non fonctionnel pour la communication, marqué par des particularités telles que l'écholalie, les inversions pronominales ou un retard marqué (premiers mots après 2 ans, premières phrases après 3 ans). Des comportements répétitifs et restreints, tels que des mouvements stéréotypés (balancements, battements de mains), des intérêts focalisés ou des routines rigides, sont également fréquents. Ce trouble, parfois nommé psychose de la petite enfance, s'accompagne de perturbations du sommeil, de l'alimentation, de crises colériques, d'auto- ou hétéro-agressivité et de phobies. Les relations avec les pairs sont compromises, avec des difficultés à comprendre les codes sociaux implicites et à établir des liens affectifs. Sur le plan cognitif, les performances aux échelles de Wechsler et aux Matrices de Raven révèlent une hétérogénéité: les sous-tests évaluant le raisonnement non verbal (matrices, concepts en images) sont souvent mieux réussis que les sous-tests verbaux, notamment celui de compréhension sociale. Le diagnostic repose sur une évaluation multidisciplinaire approfondie, réalisée par des spécialistes. Des interventions précoces, incluant l'analyse comportementale appliquée (ABA) et la thérapie occupationnelle, peuvent atténuer les déficits en favorisant le développement des compétences sociales, communicatives et adaptatives. (Bost, M. (2021). *L'autisme chez l'enfant : Détecter, comprendre et accompagner mon enfant*. Paris : Éditions Dunod.)

5.2 / Le syndrome de Rett, perte de capacités acquises :

Le syndrome de Rett, un trouble neurodéveloppemental rare affectant exclusivement les filles, est classé parmi les troubles envahissants du développement (TED) et les troubles du spectre autistique (TSA) en raison de la régression caractéristique des compétences acquises après une phase initiale de développement normal. Typiquement, entre 6 et 18 mois, les enfants présentent un développement conforme.

Aux attentes, marqué par l'acquisition de compétences motrices (marche, manipulation d'objets), langagières (premiers mots ou babillages intentionnels), et sociales. Cependant, une régression significative survient généralement entre 7 et 24 mois, entraînant une perte partielle ou totale du langage expressif et réceptif, une cessation de la marche autonome, et une apraxie des mains, définie comme l'incapacité à effectuer des mouvements volontaires coordonnés. Cette régression s'accompagne d'un ralentissement de la croissance crânienne, conduisant à une microcéphalie, ainsi que de manifestations cliniques distinctives, telles que des mouvements stéréotypés des mains (frottements, torsions, ou gestes de « lavage ») et une hyperventilation, caractérisée par des épisodes de respiration rapide ou irrégulière. Bien que les filles atteintes conservent un intérêt pour les interactions sociales, leur développement social et ludique stagne, et un retard mental sévère est observé dans la majorité des cas. Le syndrome de Rett se distingue des autres TSA par son étiologie génétique, liée à des mutations du gène MECP2 sur le chromosome X, qui joue un rôle clé dans la régulation de l'expression génique et le développement neurologique. La sévérité des symptômes varie, certaines patientes présentant des formes plus légères, tandis que d'autres développent des complications graves, incluant des crises d'épilepsie, des troubles respiratoires (apnées, hyperventilation chronique), et une scoliose affectant la posture. La prise en charge, essentiellement symptomatique, repose sur une approche multidisciplinaire visant à optimiser la qualité de vie et à atténuer les effets du trouble. Les thérapies physiques ciblent la préservation de la mobilité, les thérapies occupationnelles cherchent à stimuler les fonctions manuelles résiduelles, et les thérapies langagières explorent des modes de communication alternatifs. Les traitements pharmacologiques, tels que les anticonvulsivants pour les crises ou les régulateurs respiratoires, complètent cette stratégie pour gérer les symptômes secondaires et améliorer le bien-être des patientes.

(Association Française du Syndrome de Rett (AFSR). (2016). *Le syndrome de Rett, une maladie d'origine génétique*. Paris)

5.3/ Le syndrome d'asperger, un autisme répandu :

Le syndrome d'Asperger, décrit pour la première fois en 1943 par Hans Asperger comme une « psychopathie autistique », est une forme de trouble du spectre autistique (TSA) caractérisée par des atteintes modérées comparées à l'autisme infantile. Intégré dans les décomptes épidémiologiques des TSA, ce syndrome se distingue par des critères diagnostiques spécifiques, notamment l'absence de retard de langage et de déficience intellectuelle, bien que des divergences avec l'autisme de haut niveau aient été soulignées, particulièrement dans les écarts entre les performances verbales et non verbales mesurées par les tests de QI. Contrairement à l'autisme infantile, dont les symptômes émergent avant l'âge de trois ans, le syndrome d'Asperger devient souvent apparent plus tard, notamment dans les contextes scolaires où les exigences sociales s'intensifient. Les individus atteints présentent des compétences linguistiques et cognitives généralement préservées, mais manifestent des difficultés significatives dans les interactions sociales, marquées par une incapacité à décoder les signaux non verbaux (expressions faciales, langage corporel, inflexions vocales) et à interpréter les concepts abstraits, les métaphores ou les émotions des interlocuteurs. Ces limitations entraînent des interactions sociales perçues comme maladroites, compliquant l'établissement de relations avec les pairs et la compréhension des normes sociales implicites. Sur le plan comportemental, les personnes Asperger adoptent souvent des routines rigides et développent des intérêts restreints, investissant un temps et une énergie considérables dans des domaines spécifiques, comme les sciences, la technologie ou la littérature, où elles accumulent des connaissances détaillées et démontrent une mémoire exceptionnelle.

Ces intérêts, bien que constituant une force cognitive, peuvent limiter leur flexibilité sociale ou quotidienne. Les profils cognitifs révèlent des performances hétérogènes : les sous-tests des échelles de Wechsler évaluant le raisonnement verbal et la compréhension lexicale sont souvent réussis avec brio, tandis que les tâches nécessitant une attention soutenue ou une rapidité d'exécution motrice posent davantage de défis. Bien que le DSM-5 (2013) ait abandonné la distinction diagnostique du syndrome d'Asperger au profit d'une catégorie unifiée des TSA, les trajectoires développementales et cognitives spécifiques de ces individus restent essentielles pour orienter les interventions. Les approches thérapeutiques, incluant des thérapies sociales pour enseigner les codes sociaux, des formations aux compétences de communication non verbale, et des aménagements environnementaux, favorisent l'adaptation sociale et scolaire. Avec un soutien approprié, les personnes Asperger peuvent atteindre un haut degré d'autonomie, exploitant leurs

capacités intellectuelles pour réussir dans des carrières alignées avec leurs intérêts et forces, tout en gérant leurs difficultés dans des contextes sociaux structurés.

(Attwood, T. (2018). *Le syndrome d'Asperger: guide complet*. Autisme Diffusion. 4 édition La référence pour comprendre et aider les autistes de haut niveau)

5.4/ L'autisme atypique, un trouble pas comme les autres :

L'autisme atypique, parfois désigné sous le terme de «trouble du développement dominant », est une forme distincte de trouble du spectre autistique (TSA) qui se démarque par son apparition tardive et son profil symptomatique incomplet par rapport aux critères classiques de l'autisme. Contrairement à l'autisme infantile, qui émerge avant l'âge de trois ans, l'autisme atypique se manifeste généralement après cet âge, souvent à l'âge préscolaire ou scolaire, lorsque des anomalies développementales deviennent plus apparentes. Ce trouble ne répond pas pleinement aux trois critères diagnostiques principaux des TSA, à savoir des altérations des interactions sociales, des troubles de la communication, et des comportements répétitifs ou restreints. En effet, les enfants atteints présentent des déficits dans au moins l'un de ces domaines, mais avec une sévérité moindre et une présentation moins systématique que dans l'autisme infantile. Les difficultés se concentrent principalement sur la socialisation, où les enfants peuvent avoir du mal à établir des relations avec leurs pairs ou à comprendre les conventions sociales, et sur la communication, qui peut être limitée ou atypique sans être totalement absente. Comparé à l'autisme infantile, l'autisme atypique se caractérise par des symptômes moins nombreux et moins graves, ce qui rend le diagnostic plus complexe, car les manifestations peuvent être subtiles ou variables. Ce trouble s'inscrit dans la catégorie plus large des troubles envahissants du développement (TED), qui englobe des cas ne correspondant pas précisément aux définitions de l'autisme infantile ou du syndrome d'Asperger.

La variabilité des symptômes est une caractéristique clé : certains enfants peuvent présenter des difficultés sociales marquées mais un langage fonctionnel, tandis que d'autres montrent des troubles comportementaux légers sans altérations sociales significatives. Cette hétérogénéité complique la classification dans une catégorie diagnostique précise, rendant l'autisme atypique particulièrement difficile à identifier. De plus, ce trouble est souvent associé à d'autres TED, notamment chez les enfants présentant une déficience intellectuelle ou des troubles sévères de l'acquisition du langage, qui sont plus susceptibles d'être diagnostiqués avec l'autisme atypique que d'autres formes de TSA. Le diagnostic repose sur une évaluation approfondie par des spécialistes, prenant en compte le développement global de l'enfant et les domaines affectés, afin de

proposer des interventions adaptées, telles que des thérapies comportementales ou des soutiens éducatifs, pour améliorer les compétences sociales et communicatives.

(Vaincre l'Autisme. (2018). Livre blanc scientifique et international de l'autisme)

5.5/ Les troubles dés intégratif de l'enfance :

Le trouble dés intégratif de l'enfance (TDE), également désigné sous le nom de syndrome de Heller, constitue une forme rare et particulièrement grave des troubles du spectre autistique (TSA), caractérisée par une régression significative des compétences acquises après une période de développement normal d'au moins deux ans. Jusqu'à l'âge de deux à quatre ans, et parfois jusqu'à dix ans, les enfants concernés présentent un développement typique, marqué par l'acquisition de compétences dans trois domaines clés : le langage (capacité à former des mots et des phrases), les interactions sociales (engagement avec les pairs, réponse aux stimuli sociaux), et les fonctions motrices (coordination des mouvements, réalisation de tâches fines). Cette période de normalité est suivie d'une détérioration abrupte ou progressive, entraînant une perte partielle ou totale de ces compétences. Les enfants peuvent devenir non verbaux ou limiter drastiquement leur communication, se retirer des interactions sociales en perdant la capacité à établir ou maintenir des relations, et manifester une altération des habiletés motrices, rendant difficiles des tâches comme écrire ou manipuler des objets. Cette régression, dont l'intensité varie d'un individu à l'autre, a un impact profond sur la qualité de vie, transformant des enfants auparavant autonomes en individus nécessitant un soutien intensif et spécialisé. Le TDE se distingue des autres TSA par cette phase initiale de développement normal suivie d'une régression marquée, un phénomène rare qui complique le diagnostic et la compréhension du trouble. Les étiologies précises du TDE restent incertaines, bien que des facteurs génétiques, tels que des mutations rares, et des influences environnementales, comme des infections ou des stress physiologiques, soient considérés comme des contributeurs potentiels. Le diagnostic repose sur une évaluation clinique multidisciplinaire, visant à documenter la perte de compétences et à exclure d'autres conditions neurodéveloppementales ou neurologiques, comme l'épilepsie ou des troubles métaboliques.

Les approches thérapeutiques, alignées sur celles de l'autisme infantile, incluent des interventions comportementales intensives, telles que l'analyse comportementale appliquée (ABA), des programmes éducatifs structurés adaptés aux besoins individuels, et des thérapies ciblées, comme l'orthophonie pour restaurer des formes de communication et l'ergothérapie pour améliorer la motricité. Ces interventions, bien qu'essentielles, visent principalement à stabiliser les

compétences résiduelles et à atténuer les effets de la régression, les progrès étant souvent limités par la sévérité du trouble. Une prise en charge spécialisée, impliquant des psychologues, des éducateurs, et des thérapeutes, est cruciale pour soutenir l'enfant et sa famille face aux défis posés par cette condition rare et complexe. (Pry, R. (2014). État des connaissances sur l'Autisme et autres TED (hors mécanismes physiopathologiques, psychopathologiques et recherches fondamentales). In Plan autisme 2008-2010 : synthèse des connaissances (pp. 13-28).)

6. Les facteurs de risques du trouble spectre autistique:

Les causes exactes de trouble autistique sont inconnues, mais les chercheurs pensent qu'il s'agit d'une combinaison de facteurs génétiques et environnementaux. Parmi les autres facteurs de risque potentiels, on peut citer :

6.1/ Les factures de risque génétique:

Les facteurs de risque génétique des troubles du spectre autistique (TSA) reflètent une interaction complexe entre des anomalies du système nerveux et une multitude de conditions génétiques et environnementales. Certaines maladies métaboliques, comme la phénylcétonurie, illustrent ce lien : non traitée, elle entraîne un retard mental et des traits autistiques, mais un régime alimentaire pauvre en phénylalanine permet de prévenir ces conséquences, démontrant l'impact des interventions précoces. D'autres conditions génétiques, telles que la trisomie 21, le syndrome du chromosome X fragile, la sclérose tubéreuse de Bourneville, les syndromes neurocutanés, l'homocystinurie, le syndrome de Lesch-Nyhan, et diverses anomalies métaboliques, sont associées à une probabilité accrue de TSA, soulignant la diversité des mécanismes sous-jacents. Les facteurs environnementaux prénataux jouent également un rôle, comme en témoigne l'exposition à la thalidomide, un tranquillisant utilisé dans les années 1950, qui, lorsqu'administré autour du 24e jour de gestation, entraînait des malformations congénitales et, dans certains cas, des symptômes autistiques. Les premières investigations sur l'étiologie génétique des TSA ont mis en évidence une prévalence significativement plus élevée chez les apparentés : le risque est multiplié par 3 pour les demi-frères et sœurs, par 10 pour les frères et sœurs, et par 150 pour les jumeaux monozygotes, où la concordance est particulièrement élevée, suggérant une forte composante héréditaire. Cependant, les recherches contemporaines révèlent que les TSA ne sont pas attribuables à un gène unique, mais à un réseau complexe impliquant plus de 1000 gènes, dont au moins 149 de manière récurrente, souvent associés à d'autres troubles neuro-développementaux comme la déficience intellectuelle ou l'épilepsie. Ces gènes régulent des processus biologiques critiques, notamment la neurogenèse, la formation des synapses, et la synthèse des neurotransmetteurs essentiels au fonctionnement cérébral. Parallèlement, des modèles multigéniques postulent que des variants nucléotidiques

courants, chacun conférant un risque mineur, pourraient interagir de manière cumulative, particulièrement en présence de facteurs environnementaux tels que des infections prénatales ou des expositions toxiques, pour augmenter la susceptibilité aux TSA. Malgré l'analyse de vastes cohortes familiales internationales, aucune combinaison spécifique de ces variants à faible risque n'a été validée à ce jour. Les études d'imagerie cérébrale corroborent ces findings en identifiant des anomalies dans la connectivité et l'organisation des réseaux neuronaux dédiés à la communication sociale et à la régulation comportementale, tandis que la biologie moléculaire met en évidence des centaines de gènes impliqués dans la morphogenèse du système nerveux. Ainsi, les TSA émergent d'une interaction polyfactorielle entre une composante génétique prédominante, impliquant de multiples gènes, et des facteurs environnementaux amplificateurs, nécessitant des approches intégratives pour élucider leurs mécanismes et optimiser les stratégies thérapeutiques. (PDF intitulé sur l'autisme: surestimation des origines génétiques)

6.2/ Facture de risques démographique:

Les facteurs de risque démographiques des troubles du spectre autistique (TSA) racontent une histoire où des influences biologiques et contextuelles se mêlent pour façonner la probabilité de ce trouble. Les TSA ne font pas de distinction sociale : ils touchent toutes les classes, des plus modestes aux plus aisées, avec une impartialité frappante. Pourtant, un déséquilibre apparaît entre les sexes : selon le DSM-5, les garçons sont diagnostiqués quatre fois plus souvent que les filles. Ce chiffre cache une subtilité : les filles avec TSA ont souvent une déficience intellectuelle, ce qui laisse penser que celles qui parlent et pensent dans la norme passent inaperçues, leurs difficultés sociales ou communicatives étant plus discrètes, presque comme un murmure dans la foule. L'âge des parents, lui, pèse dans la balance. En 2010, les chercheurs ont noté que le risque d'autisme croît légèrement avec l'âge : une mère de plus de 35 ans voit ce risque multiplié par 1,3, un père de plus de 40 ans, par 1,4. Plus marquant encore, un père de 50 ans ou plus augmente ce risque de 2,5 fois par rapport à un père de moins de 30 ans, peu importe l'âge de la mère, les antécédents familiaux, ou le milieu social. C'est comme si le temps, en avançant, laissait des traces dans les gènes. Les conditions de santé des parents-obésité, diabète, maladies auto-immunes-ajoutent des pièces au puzzle. Une mère ou un père en surpoids augmente légèrement le risque pour leur enfant, peut-être à cause d'un déséquilibre métabolique. Le diabète gestationnel ou insulino-dépendant, tout comme les maladies auto-immunes dans la famille, fait pencher la balance, bien que timidement, en perturbant peut-être le développement du fœtus. Les complications autour de la grossesse et de la naissance sont des chapitres plus sombres. Les accouchements

marqués par un traumatisme, une privation d'oxygène, ou une ischémie laissent des séquelles, augmentant fortement le risque de TSA. Les infections attrapées par la mère pendant la grossesse, les médicaments comme les antidépresseurs ISRS ou le paracétamol - surtout s'il est pris longtemps, avec un lien à l'hyperactivité chez l'enfant - et les substances addictives sont autant de signaux d'alerte. Mais il y a de l'espoir : un apport en acide folique avant et au début de la grossesse pourrait protéger le bébé, comme un bouclier invisible. Les césariennes, l'hypoxie à la naissance, un cri qui tarde à venir, ou les techniques de procréation assistée sont aussi sous le regard des scientifiques, chacun ajoutant une nuance à cette histoire complexe. Ces facteurs, entrelacés, rappellent que l'autisme naît d'un dialogue entre le corps, l'environnement, et le hasard, un récit que la science continue d'écrire. Trouble du spectre de l'autisme. (PDF intitulé sur trouble du spectre de l'autisme: signes d'alerte, repérage, diagnostic et évaluation chez l'enfant et l'adolescent édition 2018)

6.3/ Facture de risques environnementaux :

Les facteurs de risque environnementaux et hypothétiques des troubles du spectre autistique (TSA) englobent un ensemble de variables externes et d'hypothèses aujourd'hui réfutées, qui éclairent la complexité de l'étiologie de ce trouble neurodéveloppemental. Parmi les facteurs environnementaux, les infections virales contractées par la mère pendant la grossesse sont suspectées de jouer un rôle, notamment en déclenchant des phénomènes neuro-inflammatoires dans le cerveau en développement du fœtus. Ces processus inflammatoires, potentiellement causés par des pathogènes, pourraient perturber la formation des réseaux neuronaux, mais leur étude reste complexe en raison des difficultés à isoler et quantifier leur impact. L'exposition à certaines toxines pendant la grossesse, telles que les pesticides, le mercure, les phtalates, l'aluminium, ou les polluants atmosphériques, est également associée à un risque accru de TSA, probablement en raison de leurs effets neurotoxiques sur le développement cérébral. Un exemple marquant est la prise de valproate, un médicament antiépileptique, pendant la grossesse, qui a été clairement liée à une augmentation significative du risque d'autisme chez l'enfant, en raison de ses interférences avec les processus de neurogenèse. La migration maternelle, qui peut impliquer des stress environnementaux ou des expositions à de nouveaux agents pathogènes, est également étudiée comme un facteur potentiel, bien que les mécanismes précis restent flous. En revanche, certaines hypothèses autrefois populaires ont été définitivement écartées. Par exemple, la théorie selon laquelle un dysfonctionnement relationnel entre la mère et l'enfant, ou des caractéristiques psychologiques des parents, pourrait causer les TSA est erronée et n'est plus soutenue par la science moderne. De même, l'idée que des événements stressants survenant un an avant ou pendant la grossesse, ou dans les trois

premières années de vie de l'enfant – tels que le stress maternel, la dépression, les traumatismes, la violence conjugale, les conflits familiaux, ou le divorce – pourraient être des facteurs de risque n'a pas été confirmée. Deux études prospectives menées en population générale n'ont trouvé aucun lien causal entre ces événements et les TSA, mettant fin à ces spéculations. Aujourd'hui, la recherche se tourne vers une compréhension plus intégrée, en explorant les interactions entre les facteurs génétiques et environnementaux pour élucider la physiopathologie des TSA. Les scientifiques cherchent à identifier des marqueurs neurophysiologiques précoces, comme des anomalies dans le fonctionnement cérébral, qui pourraient permettre un dépistage avant l'apparition des difficultés de communication ou d'adaptation sociale. Cette approche vise à repérer les individus à risque dès leur plus jeune âge, facilitant des interventions précoces. Bien que chaque patient présente un profil unique, nécessitant une prise en charge individualisée, l'acquisition de connaissances généralisables reste cruciale pour améliorer les pratiques cliniques et développer des stratégies thérapeutiques adaptées à l'ensemble des personnes atteintes de TSA. (PDF intitulé sur trouble du spectre de l'autisme: signes d'alerte, repérage, diagnostic et évaluation chez l'enfant et l'adolescent édition 2018)

7. Les pathologies associées aux troubles spectres autistiques :

7.1/ Les pathologies génétique :

Bien que plus fréquentes lors d'un trouble autistique qu'en population générale, elle sont toutefois rare mais nécessitent d'être dépistée. Le risque augmenter avec l'existence d'un faible niveau déficience intellectuelle associé, le généticien décidera de la pertinence d'un bilan génétique. Les pathologies les plus communément rapportées sont le syndrome de X fragile, le syndrome de Rette, la sclérose tubéreuse de Bourneville

➤ **Le syndrome de X fragile :** il touche en majorité les garçons, il entraîne une dysmorphie faciale caractéristiques, des organes de grande taille, un retard mental, un déficits d'attention et dans un certain nombre de cas, Il est du a une mutation d'un gène sur le chromosomes X, cloné en 1991, c'est dire l'importance de recherche ce trouble i chez les sujets présentant un trouble autistique, le syndrome de X fragile n'est retrouvée que dans environ 4% des cas

➤ **Le syndrome de Rette :** Anciennement inclus dans le TED, il survient à l'inverse essentiellement chez les filles. L'enfant présent un syndrome autistique associée à des caractéristiques développementales : après une période de stagnation, une régression de ses acquisition d'amorce entre 12 et 36 mois ainsi qu'un ralentissement de la croissance du périmètre crânien et l'apparition de

trouble neurologique. Le syndrome de Rette est dû à l'expression d'une mutation d'un gène sur le chromosome X. Ce gène pourrait aussi être impliqué dans certains troubles autistiques dans un petit nombre de cas : chez les filles sans syndrome de Rette cliniquement exprimer et chez les garçons qui ont un retard mental préexistant et développent un syndrome de West

➤ **La sclérose tubéreuse de Bourneville:** elle est diagnostiquée chez 0,4 % à 0,3% des sujets autistes. Elle fait partie d'un groupe de maladies nommées "phacomatoses". Elle se caractérise par l'existence de tache café au lait sur la peau, de tumeur bénigne cutanée, rénales et cérébrale associée à une épilepsie, des troubles des apprentissages et du comportement et dans 17 % à 16 % des cas, a un syndrome autistique. Elle est due à la défection de gènes TSC1 TSC2 sur les chromosomes.

D'autres pathologies génétiques sont classiquement décrites, bien qu'elles soient diagnostiquées dans une moindre proportion. C'est le cas du syndrome de Down, ainsi que des maladies métaboliques dont la plus connue est la phénylcétonurie.

(<https://www.medicinescience.org>)

7.2/ L'épilepsie:

L'épilepsie tisse un lien troublant avec les troubles du spectre autistique (TSA), une connexion remarquée dès 1943, lorsque Leo Kanner observa qu'un de ses jeunes patients autistes souffrait aussi de crises convulsives. Aujourd'hui, de nombreux enfants autistes font face à des crises épileptiques, souvent sans qu'aucune cause claire ne soit identifiée, comme si le cerveau, déjà aux prises avec l'autisme, était plus vulnérable à ces orages électriques. Cette fréquence varie selon le profil de l'enfant: chez ceux avec un retard mental, l'épilepsie est plus fréquente que chez ceux sans déficience intellectuelle, un indice que les circuits cérébraux abîmés par le retard amplifient le risque. Les électroencéphalogrammes (EEG), ces fenêtres sur l'activité du cerveau, révèlent des anomalies chez de nombreux enfants autistes en état de veille, un chiffre qui bondit pendant le sommeil, comme si la nuit dévoilait des secrets cachés. Ces signaux anormaux, bien qu'ils ne soient pas uniques à l'autisme, rappellent parfois ceux des épilepsies qui rongent la cognition, mais ils dansent dans d'autres régions du cerveau, contribuant peut-être aux brouillards cognitifs – mémoire vacillante, attention fuyante - qui accompagnent les TSA. Pourtant, les médicaments antiépileptiques, si efficaces pour dompter les crises ailleurs, restent impuissants à éclaircir ces symptômes autistiques, un mystère qui frustre les médecins. Parmi ces histoires, le syndrome de West se distingue, une encéphalopathie rare et redoutable qui ouvre souvent la porte à l'autisme.

Vers huit mois, le tableau s'assombrit : des spasmes épileptiques secouent le corps de l'enfant, tandis que ses progrès – un sourire, un mot – s'effacent dans une régression déchirante. L'EEG, avec ses vagues chaotiques appelées hypsarythmies, confirme le diagnostic. Une proportion importante de ces enfants glisse vers un syndrome autistique avéré, un chiffre qui s'envole lorsque le syndrome de West s'entrelace avec la sclérose tubéreuse de Bourneville, une maladie génétique semant des tumeurs et des crises. Cette alliance tragique entre épilepsie et autisme rappelle l'urgence d'un dépistage précoce, d'un suivi attentif, et d'un soutien qui embrasse à la fois le cerveau et l'enfant, pour préserver autant que possible son avenir (<https://www.autisme123.com>)

7.3/ La déficience intellectuelle (retard mental) :

La déficience intellectuelle (DI), autrefois appelée retard mental, se caractérise principalement par un quotient intellectuel (QI) inférieur à 70, associé à des limitations significatives des capacités intellectuelles telles que le raisonnement, la résolution de problèmes, la planification, ainsi qu'à des difficultés dans les compétences adaptatives, notamment la communication, l'autonomie et les interactions sociales. Ces troubles doivent apparaître avant l'âge de 18 ans pour être qualifiés de déficience intellectuelle. Selon l'intensité du déficit, la DI est classée en plusieurs niveaux : léger, modéré, sévère ou profond, chacun correspondant à des besoins d'accompagnement et de soutien spécifiques.

Chez un enfant présentant une déficience intellectuelle globale, les difficultés touchent de manière relativement homogène les différentes fonctions cognitives et adaptatives. En revanche, chez un enfant atteint d'un trouble du spectre autistique (TSA), les compétences sont souvent très hétérogènes: certaines capacités peuvent être altérées, tandis que d'autres sont préservées, voire développées au-delà de la moyenne. Cette variabilité rend l'évaluation plus complexe, car les difficultés de communication et les particularités comportementales propres au TSA peuvent entraîner des résultats de tests cognitifs artificiellement bas ou difficiles à interpréter.

Il est donc essentiel que l'évaluation psychologique soit réalisée dans des conditions rigoureuses et objectives, en évitant toute interprétation psychopathologique des comportements observés lors des tests. Le psychologue doit distinguer les manifestations liées au TSA des véritables limitations intellectuelles. Par ailleurs, il est recommandé de procéder à cette évaluation avant l'âge de six ans chez certains enfants autistes, afin d'optimiser la compréhension de leur profil cognitif et d'adapter au mieux les interventions, même si des améliorations peuvent survenir ultérieurement

et malgré le coût que représente cette démarche. Ces évaluations, qui sont non traumatisantes, constituent un outil précieux pour affiner le diagnostic et orienter les prises en charge éducatives, thérapeutiques et sociales. (<https://www.cenop.ca>)

7.4/ La déficience et troubles " sensoriels " :

Au-delà du diagnostic différentiel, il est essentiel de rechercher d'éventuels troubles de la vision et de l'audition qui peuvent entraver la communication et l'apprentissage. Pour cela, une consultation ORL avec audiogramme ainsi qu'un bilan ophtalmologique sont recommandés. Les déficiences sensorielles, qu'elles concernent la vue ou l'audition, sont relativement rares, avec une prévalence estimée entre 0,9 % et 5,9 % selon les études. Cependant, la surdité est deux fois plus fréquente chez les enfants atteints de troubles du spectre autistique (TSA) que dans la population générale.

Par ailleurs, les enfants avec TSA présentent souvent des troubles sensoriels variés, désormais reconnus dans la classification DSM-5. Ces troubles peuvent se manifester par une hypersensibilité, une hyposensibilité ou une hyperacuité sensorielle, affectant différemment chaque individu. Ces anomalies sensorielles peuvent perturber le développement, la qualité de vie et compliquer la prise en charge médicale, notamment dans des domaines tels que les soins dentaires.

De plus, ces troubles sensoriels peuvent engendrer des comportements problématiques et favoriser l'apparition de pathologies psychiatriques associées, comme les troubles obsessionnels compulsifs ou les troubles alimentaires. Leurs répercussions somatiques, notamment sur la croissance et l'hygiène, sont importantes et ne doivent pas être négligées. Une observation attentive du quotidien de l'enfant, ainsi qu'une formation adaptée des proches et des professionnels de santé, sont indispensables pour une prise en charge optimale.

(<https://www.ordredemaltefrance.org>)

7.5/ Les troubles du sommeil :

Les troubles du sommeil sont fréquents chez les enfants atteints de trouble du spectre autistique (TSA), touchant entre 50 % et 80 % d'entre eux, contre seulement 9 % à 50 % chez les enfants sans TSA. Ces troubles peuvent inclure des difficultés à s'endormir, des réveils fréquents, un sommeil trop court, des cauchemars, le syndrome des jambes sans repos ou encore le bruxisme.

Ces problèmes de sommeil ont un impact négatif important sur le comportement, notamment en augmentant l'agressivité, et affectent également l'apprentissage, le développement émotionnel et

social. La qualité du sommeil joue un rôle essentiel dans la mémoire, l'attention, la régulation des émotions et du comportement.

Les causes sont multiples : des déséquilibres biologiques comme une dysrégulation de la mélatonine et des neuromédiateurs, des troubles sensoriels (hypersensibilité au toucher, au bruit, à la lumière), ainsi que des facteurs psychologiques (anxiété, dépression), médicaux (épilepsie, asthme, troubles digestifs) ou liés à certains traitements.

En l'absence de cause médicale spécifique, il est conseillé de privilégier d'abord des mesures comportementales, telles qu'une bonne hygiène du sommeil, avant de recourir à un traitement médicamenteux. (<https://www.comprendrelautisme.com>)

7.6/ Les " DYS" :

Les troubles spécifiques des apprentissages, souvent appelés troubles « DYS », sont fréquemment présents chez les enfants avec un trouble du spectre autistique. Les identifier permet d'adapter au mieux leur quotidien, que ce soit à la maison ou à l'école, et de proposer une rééducation ciblée. Ces troubles peuvent concerner différents domaines : la parole, l'écriture, les gestes coordonnés (praxie), ou encore l'attention. Ainsi, un enfant autiste peut présenter une dyspraxie verbale, une dyspraxie visuo-attentionnelle, une dyslexie, une dysorthographe ou des difficultés en mathématiques. Par exemple, la compréhension des chiffres est souvent retardée et peut s'accompagner de phénomènes comme la synesthésie, où les chiffres sont associés à des couleurs ou des sons.

En fonction des difficultés exprimées, un bilan réalisé par des spécialistes (psychomotricien, ergothérapeute, orthophoniste) permet de poser un diagnostic précis et de mettre en place une rééducation adaptée. (<https://www.upbilitv.fr>)

7.7/ Les troubles psychiatriques :

Les troubles psychiatriques sont très fréquents chez les personnes avec trouble du spectre autistique (TSA), avec environ 70 % d'entre elles présentant au moins un trouble mental associé, souvent plusieurs. Ces troubles incluent principalement les troubles anxieux, les troubles obsessionnels compulsifs (TOC), le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH), les troubles de l'humeur (notamment la dépression), ainsi que les troubles liés

à la consommation d'alcool, les troubles de la personnalité et les troubles psychotiques comme la schizophrénie.

Le diagnostic des comorbidités psychiatriques chez les personnes autistes est complexe. Par exemple, le TDAH est fréquemment associé au TSA, mais son identification peut varier selon le spécialiste consulté (psychiatre ou neurologue), ce qui souligne la nécessité d'une collaboration interdisciplinaire et d'une meilleure formation. Les symptômes des deux troubles peuvent se chevaucher, rendant leur distinction difficile. Une mauvaise reconnaissance du TDAH peut entraîner des prises en charge inadaptées, comme la prescription d'antipsychotiques qui ne traitent pas les troubles attentionnels, ce qui complique les aménagements éducatifs et scolaires.

Le trouble oppositionnel avec provocation (TOP) est souvent lié au TDAH mais peut aussi masquer un TSA non diagnostiqué, notamment un TSA de haut niveau. Une mauvaise interprétation peut entraîner des conséquences graves telles que la déscolarisation, les hospitalisations ou des comportements à risque. Une prise en charge adaptée, incluant l'explication claire des émotions et des attentes à l'enfant, peut réduire ces comportements.

Les troubles anxieux et dépressifs sont également très fréquents, en particulier chez les enfants plus âgés et ceux sans déficience intellectuelle. Leur diagnostic est difficile chez les enfants non verbaux, nécessitant l'utilisation d'outils variés comme les pictogrammes ou l'observation attentive. Le maintien de routines stables et la clarté des attentes sont essentiels pour le bien-être de ces enfants. La dépression peut se manifester par un isolement social, une perte d'intérêt, des troubles du sommeil et de l'appétit, ainsi qu'un risque suicidaire élevé, nécessitant un suivi psychiatrique rapproché et parfois un traitement médicamenteux.

Plus largement, les troubles psychiatriques chez les personnes autistes peuvent s'expliquer par une combinaison de facteurs génétiques, neurobiologiques, mais aussi psychosociaux, comme le stress lié à la stigmatisation, au rejet social ou à des conditions de vie précaires. La reconnaissance et la prise en charge de ces comorbidités sont essentielles pour améliorer la qualité de vie des personnes concernées. (<https://www.comprendrelautisme.com>)

7.8/ Autres :

Les troubles du comportement alimentaire sont fréquents chez les enfants et adolescents présentant un trouble du spectre autistique (TSA). Ces troubles se manifestent souvent par une

sélectivité alimentaire marquée, voire un refus complet de certains aliments. Cette sélectivité est souvent liée à des particularités sensorielles propres à l'enfant, telles que la couleur, la texture, la forme ou le goût des aliments, qui peuvent provoquer une gêne ou un rejet.

Dans certains cas, un trouble du comportement alimentaire de type anorexique peut être observé. Il est alors crucial de rechercher la présence d'un TSA ou d'un trouble envahissant du développement (TED) non spécifié, car les difficultés dans les interactions sociales peuvent précéder et masquer ce trouble alimentaire. Par ailleurs, les comportements stéréotypés, les routines rigides et les obsessions peuvent se recouper, rendant parfois difficile la distinction entre ces manifestations. (<https://www.cenop.ca>)

Lorsque les interventions comportementales ne suffisent pas ou que le trouble est sévère, un traitement médicamenteux peut être envisagé, en concertation étroite avec les spécialistes et les intervenants.

Les tics, qui se différencient des stéréotypies par leur localisation (souvent au niveau du visage, du cou ou des bras) et leur rapidité d'exécution, sont plus fréquemment associés au trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH). Ces tics peuvent apparaître et disparaître sur plusieurs mois, voire plusieurs années. Leur traitement médicamenteux, notamment par antipsychotiques atypiques associés au méthylphénidate, est réservé aux cas sévères, invalidants et persistants. (<https://www.comprendrelautisme.com>)

Ainsi, les troubles associés au syndrome autistique sont nombreux et variés. Ils nécessitent une observation attentive et une écoute constante de la part du psychiatre et de l'entourage, notamment des parents. Un dépistage ciblé est parfois indispensable. Le travail collaboratif entre le patient, sa famille, les différents intervenants et les spécialistes médicaux est fondamental pour assurer une prise en charge adaptée et globale

8. La classification du trouble spectre autistique selon DSM5 et CIM 10:

► Classification selon la CIM-10

La Classification Internationale des Maladies, 10e édition (CIM-10), définit les troubles autistiques dans la catégorie des troubles envahissants du développement (TED). Ces troubles se caractérisent par des altérations qualitatives dans trois domaines fondamentaux :

- Les interactions sociales réciproques ;
- La communication ;
- Les comportements, intérêts et activités restreints, stéréotypés et répétitifs ;

Ces anomalies sont persistantes et affectent de manière globale le fonctionnement de la personne dans tous les contextes.

La CIM-10 distingue plusieurs sous-types de TED, parmi lesquels:

- **L'autisme infantile:** ce trouble apparaît avant l'âge de trois ans et se manifeste par un développement anormal dans les trois domaines cités (interactions sociales, communication, comportements). Il s'accompagne souvent de symptômes secondaires tels que phobies, troubles du sommeil, troubles alimentaires, crises de colère ou comportements auto-agressifs.
- **Le syndrome d'Asperger:** caractérisé par des difficultés similaires dans les interactions sociales et des comportements restreints, mais sans retard notable du langage ni déficience intellectuelle. Les personnes atteintes présentent souvent une maladresse motrice et peuvent conserver ces difficultés à l'adolescence et à l'âge adulte. Parfois, des épisodes psychotiques peuvent survenir au début de l'âge adulte.

Cette classification repose sur la notion de triade autistique, c'est-à-dire une perturbation dans les trois domaines majeurs : interaction sociale, communication et comportements restreints.

(PDF intitulé sur prise en charge comportementale et cognitive du trouble du spectre autistique)

► Classification selon le DSM-5 :

Le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5e édition (DSM-5), publié en 2013 par l'American Psychiatric Association, a profondément modifié la manière de classer les troubles autistiques. Contrairement au DSM-IV et à la CIM-10, qui distinguaient plusieurs sous-catégories, le DSM-5 regroupe désormais tous ces troubles sous une seule entité appelée trouble du spectre de l'autisme (TSA).

Cette nouvelle classification met l'accent sur deux domaines principaux, formant une dyade autistique :

1 - Déficits persistants dans la communication et les interactions sociales, comprenant :

- Difficultés à établir une réciprocité sociale ou émotionnelle ;
- Troubles dans la communication non verbale (regard, expressions faciales, gestes) ;

- Difficultés à développer, maintenir et comprendre les relations sociales ;

2 - Comportements, intérêts et activités restreints et répétitifs, qui peut inclure :

- Mouvements stéréotypés ou répétitifs ;
- Adhérence rigide à des routines ou rituels ;
- Intérêts très restreints et intenses ;
- Hyper- ou hypo-réactivité aux stimuli sensoriels ou intérêt inhabituel pour certains aspects sensoriels de l'environnement ;

Le DSM-5 précise que ces symptômes doivent être présents dès la petite enfance, même s'ils peuvent ne pas être immédiatement évidents, et qu'ils doivent entraîner des limitations significatives dans la vie sociale, professionnelle ou dans d'autres domaines importants.

De plus, le DSM-5 propose des critères supplémentaires pour qualifier le TSA selon la présence ou non :

- D'une déficience intellectuelle ;
- D'un trouble du langage ;
- D'une condition médicale ou génétique associée ;
- D'autres troubles neuro-développementaux ou psychiatriques ;
- De catatonie ;

(PDF intitulé sur les critères de diagnostic de l'autisme)

9. Les critères diagnostiques du trouble spectre autistique selon DSM 5 :

Le DSM-5, publié en 2013, a profondément transformé la classification des troubles autistiques en remplaçant la notion de triade autistique (déficits dans trois domaines : interactions sociales, communication, comportements restreints) par une dyade autistique. Cette dyade regroupe les déficits de communication et d'interaction sociale en un seul domaine, tout en intégrant les particularités sensorielles dans les comportements restreints et répétitifs.

A. Déficits persistants dans la communication sociale et les interactions sociales

Ces déficits doivent être présents dans plusieurs contextes (famille, école, travail, vie sociale) et comprennent trois critères obligatoires :

- ⇒ Déficits dans la réciprocité sociale ou émotionnelle ;
- ⇒ Difficultés à initier ou répondre aux interactions sociales, échanges émotionnels limités, incapacité à partager des intérêts, émotions ou sentiments ;
- ⇒ Déficits dans la communication non verbale utilisée pour les interactions sociales ;
- ⇒ Anomalies dans le contact visuel, le langage corporel, les expressions faciales, la compréhension et l'utilisation des gestes, voire absence totale de communication non verbale ;
- ⇒ Difficultés à développer, maintenir et comprendre les relations sociales ;
- ⇒ Problèmes d'adaptation aux différents contextes sociaux, difficultés à partager des jeux imaginaires, à se faire des amis, ou absence d'intérêt pour les pairs ;

B. Comportements, intérêts et activités restreints et répétitifs

Au moins deux des quatre critères suivants doivent être présents, actuellement ou dans les antécédents :

- ⇒ Mouvements moteurs, utilisation d'objets ou vocalisations stéréotypés ou répétitifs. Par exemple, balancements, alignement de jouets, écholalie, répétition de phrases ;
- ⇒ Insistance sur la similitude, adhérence rigide aux routines ou rituels verbaux/non verbaux ;
- ⇒ Résistance importante aux changements, même mineurs, dans les habitudes, itinéraires, routines ou pensées ;
- ⇒ Intérêts restreints, fixes, d'intensité anormale ou focalisation excessive ;
- ⇒ Attachement inhabituel à certains objets ou sujets spécifiques ;
- ⇒ Hyper- ou hypo-réactivité aux stimuli sensoriels ou intérêt inhabituel pour certains aspects sensoriels de l'environnement. Par exemple, indifférence à la douleur, fascination pour certaines lumières ou sons, sensibilité excessive aux textures ;

C. Présence des symptômes dès la petite enfance

Les signes doivent apparaître tôt dans le développement, même s'ils peuvent ne pas être pleinement visibles tant que les exigences sociales restent limitées ou que la personne utilise des stratégies d'adaptation.

D. Impact fonctionnel significatif

Les symptômes entraînent des limitations cliniquement significatives dans la vie sociale, professionnelle ou dans d'autres domaines importants du fonctionnement quotidien.

E. Exclusion d'autres causes

Les symptômes ne sont pas mieux expliqués par une déficience intellectuelle ou un retard global du développement.

Spécificateurs et niveaux de sévérité

Pour affiner le diagnostic, le DSM-5 recommande d'indiquer :

- ⇒ La présence ou non d'une altération intellectuelle (avec ou sans déficience intellectuelle) ;
- ⇒ La présence ou non d'un trouble du langage ;
- ⇒ L'association avec une condition médicale, génétique ou un facteur environnemental connu ;
- ⇒ L'association avec d'autres troubles neuro-développementaux, mentaux ou comportementaux ;
- ⇒ La présence éventuelle de catatonie ;

Le DSM-5 définit également trois niveaux de sévérité selon le soutien nécessaire :

Niveau 1 : nécessite un soutien.

Niveau 2 : nécessite un soutien substantiel.

Niveau 3 : nécessite un soutien très substantiel.

Approche diagnostique et évaluation

Le diagnostic repose sur une évaluation clinique multidimensionnelle, incluant :

- ⇒ L'observation directe du comportement dans différents contextes ;
- ⇒ Les entretiens avec la personne et son entourage (famille, enseignants, professionnels) ;
- ⇒ L'utilisation d'outils standardisés validés (ex. ADOS, ADI-R) ;
- ⇒ L'évaluation des capacités intellectuelles, du langage, et des fonctions sensorielles ;
- ⇒ La prise en compte des particularités perceptives et cognitives propres aux personnes autistes ;

Importance de cette classification :

- Le passage d'une classification en sous-types (autisme infantile, syndrome d'Asperger, etc.) à un spectre unique reflète la grande diversité des manifestations cliniques ;
- L'intégration des particularités sensorielles comme critère officiel reconnaît leur rôle central dans le fonctionnement des personnes autistes ;
- La prise en compte des niveaux de sévérité permet d'adapter les interventions et le soutien aux besoins spécifiques de chaque individu ;
- La reconnaissance des comorbidités et des spécificateurs facilite une approche globale et personnalisée ;

Le DSM-5 propose également de préciser le diagnostic selon plusieurs dimensions, notamment la présence ou non d'une déficience intellectuelle, d'un trouble du langage, d'une condition médicale ou génétique associée, d'autres troubles neurodéveloppementaux ou psychiatriques, ainsi que la présence possible de catatonie.

Cette nouvelle approche diagnostique permet de mieux refléter la diversité des profils autistiques et facilite une prise en charge adaptée aux besoins spécifiques de chaque personne.

<https://www.comprendrelautisme.com>

10. Le diagnostic différentiel de l'autisme :

Les principaux diagnostics différentiels du TSA sont présentés ci-dessous.

10.1/ Troubles de l'humeur :

Les troubles de l'humeur, notamment la dépression, représentent les comorbidités psychiatriques les plus fréquentes chez les personnes atteintes de trouble du spectre de l'autisme (TSA). Ces troubles peuvent accompagner les autistes tout au long de leur vie. Il est particulièrement fréquent que les personnes autistes ayant un quotient intellectuel dans la norme soient diagnostiquées comme dépressives, probablement en raison de leur meilleure capacité à exprimer verbalement leur mal-être, contrairement aux personnes présentant une déficience intellectuelle associée.

Plusieurs facteurs contribuent à l'apparition de la dépression chez les personnes autistes, parmi lesquels des prédispositions génétiques ainsi que des influences environnementales et personnelles. Le risque de dépression semble étroitement lié au niveau de fonctionnement global de la personne autiste : plus le niveau de fonctionnement est élevé, plus le risque de troubles de l'humeur est important.

La prise en charge de la dépression chez les personnes autistes repose sur une combinaison de thérapies psychologiques adaptées et, si nécessaire, de traitements médicamenteux. Un point crucial à souligner est que le risque de comportements suicidaires est reconnu comme élevé chez cette population, notamment chez les autistes à intelligence normale, ce qui nécessite une vigilance clinique accrue. (<https://www.has-sente.fr>).

10.2/ Troubles sensoriels :

Certaines caractéristiques des troubles sensoriels peuvent aider à distinguer le trouble du spectre de l'autisme (TSA) des comportements observés chez les enfants atteints de surdité. En effet, une série de cas cliniques a montré que les personnes présentant à la fois un TSA et une surdité (surdimutité) présentent des difficultés plus importantes dans la réciprocité des interactions sociales, la qualité des initiatives de contact ainsi que dans l'utilisation de signaux de communication adaptés, comparativement à celles ayant uniquement une surdité.

Chez les individus autistes, les troubles sensoriels sont fréquents et se traduisent par une perception atypique des stimuli environnementaux. Ces personnes peuvent être hypersensibles ou hyposensibles à certains sons, ce qui entraîne souvent une surcharge sensorielle. Cette surcharge peut provoquer une forme de « déconnexion » temporaire, où l'individu semble ne plus percevoir les sons, ce qui peut être confondu avec une surdité apparente.

Par ailleurs, certains enfants autistes présentent des déficits auditifs spécifiques, notamment une difficulté à reconnaître certaines fréquences sonores essentielles à la compréhension de la parole. Ces troubles auditifs, plus fréquents chez les personnes autistes que dans la population générale, compliquent leur capacité à utiliser efficacement leur voix et à communiquer.

Ainsi, la combinaison d'un TSA avec une surdité se caractérise par des troubles plus marqués dans la communication sociale que la surdité isolée. Cette distinction est essentielle pour poser un diagnostic précis et adapter la prise en charge. (<https://www.has-sente.fr>)

10.3/ Trouble de la communication sociale (pragmatique) :

Le trouble de la communication sociale, également appelé trouble pragmatique, se manifeste par des difficultés persistantes dans l'utilisation appropriée du langage et des comportements communicatifs dans les interactions sociales. Les personnes atteintes éprouvent des problèmes à adapter leur discours selon le contexte ou selon les besoins de leurs interlocuteurs, à respecter les règles implicites de la conversation telles que le tour de parole, à comprendre les nuances du langage comme les sous-entendus, l'humour ou les expressions figurées.

Ces troubles entraînent des limitations significatives dans la capacité à communiquer efficacement, à établir et maintenir des relations sociales, ainsi qu'à réussir dans des environnements scolaires ou professionnels où la communication sociale est essentielle. Les symptômes apparaissent

généralement dès l'enfance, mais peuvent ne devenir évidents que lorsque les exigences sociales augmentent avec l'âge.

Contrairement au trouble du spectre de l'autisme (TSA), les individus présentant un trouble de la communication sociale ne montrent pas de comportements restreints, répétitifs ou d'intérêts limités. De plus, ce trouble ne peut pas être expliqué par une déficience intellectuelle, un trouble du langage structurel, ou par une autre condition médicale telle qu'un trouble visuel sévère ou une cécité.

Ainsi, le trouble de la communication sociale est un diagnostic différentiel important à considérer lorsqu'une altération de la communication sociale est présente sans les caractéristiques comportementales spécifiques au TSA. (<https://www.psychomedia.qc.ca>)

10.4/ Troubles du langage:

Les troubles du langage, qu'ils soient isolés ou associés à une dyspraxie verbale, se caractérisent par des difficultés à produire les sons, les mots ou à réaliser certains mouvements oraux nécessaires à la parole. La dyspraxie verbale, en particulier, correspond à une incapacité ou une difficulté à coordonner les gestes moteurs impliqués dans la production vocale, ce qui complique la prononciation et la fluidité du langage.

Ces troubles peuvent entraîner des problèmes de communication et, par conséquent, des difficultés dans les interactions sociales. Toutefois, ces difficultés sont généralement secondaires à la déficience langagière elle-même et ne traduisent pas des anomalies fondamentales dans la communication non verbale ou dans les interactions sociales.

Contrairement au trouble du spectre de l'autisme (TSA), les troubles spécifiques du langage ne s'accompagnent pas de comportements répétitifs, restreints ou d'intérêts limités. Ils ne présentent pas non plus d'altérations significatives dans la communication non verbale, telles que le regard, les expressions faciales ou la gestuelle, qui sont des marqueurs essentiels du TSA.

Ainsi, bien que les troubles du langage puissent affecter la socialisation, leur profil clinique diffère nettement de celui de l'autisme, ce qui permet de les distinguer lors du diagnostic différentiel. (<https://www.psychomedia.qc.ca>)

10.5/ Trouble du développement intellectuel et retard global de développement :

Chez les très jeunes enfants, il peut être difficile de distinguer un trouble du développement intellectuel (TDI) isolé d'un trouble du spectre de l'autisme (TSA), car les deux conditions peuvent se traduire par des retards dans le développement global.

Le diagnostic de TSA est posé lorsqu'un enfant présentant un TDI manifeste des difficultés marquées dans la communication sociale et les interactions, qui sont disproportionnées par rapport à son niveau général de développement cognitif et non verbal. Autrement dit, les troubles sociaux et communicationnels sont plus sévères que ce que l'on pourrait attendre en fonction de ses capacités intellectuelles.

En revanche, lorsque les compétences sociales et communicatives d'un enfant correspondent globalement à son niveau intellectuel, sans altération spécifique, le diagnostic retenu est celui d'un trouble du développement intellectuel sans TSA. Dans ce cas, les difficultés sociales sont considérées comme secondaires au retard intellectuel global.

Cette distinction est cruciale car elle oriente la prise en charge et les interventions adaptées, en tenant compte des besoins spécifiques liés à chaque trouble.

(<https://www.psychomedia.qc.ca>)

10.6/ Trouble anxiété sociale (phobie sociale) :

Le trouble du spectre autistique (TSA) et le trouble d'anxiété sociale (également appelé phobie sociale) partagent certains comportements communs, notamment un retrait social marqué et une préférence pour la solitude. Cependant, ces deux troubles se distinguent dès les premières étapes du développement. En effet, le TSA est généralement associé à un retard ou à des difficultés significatives dans le développement du langage et de la communication, ce qui n'est pas une caractéristique du trouble d'anxiété sociale.

Le trouble d'anxiété sociale se manifeste principalement par une peur intense et persistante des situations où la personne peut être évaluée ou jugée par autrui. Cette anxiété conduit souvent à une diminution des performances sociales, à des interactions limitées, ainsi qu'à des symptômes cognitifs spécifiques liés à l'anxiété, tels que des pensées négatives ou des ruminations. Parmi les troubles anxieux les plus fréquents, on retrouve également le trouble d'anxiété généralisée (TAG) et l'anxiété de séparation.

La thérapie cognitivo-comportementale (TCC) est une approche efficace pour traiter l'anxiété sociale. Toutefois, chez les personnes atteintes de TSA, son application peut s'avérer complexe en raison de leur rigidité cognitive et de leurs difficultés à comprendre la perspective des autres. Pour être adaptée et bénéfique, la TCC doit être modulée en fonction du niveau de développement cognitif de chaque individu. Cela inclut l'apprentissage de techniques de gestion du stress et de relaxation, l'utilisation de leurs centres d'intérêt comme renforçateurs positifs, ainsi que la mise en place d'un plan de traitement structuré et clair.

Il est également important de noter que l'anxiété sociale peut coexister avec le TSA, chaque trouble pouvant influencer l'expression de l'autre. Par exemple, les personnes autistes peuvent présenter une motivation sociale réduite, tandis que celles souffrant d'anxiété sociale éprouvent une peur intense du jugement social, indépendamment de leur niveau de communication.

(<https://www.autismeinfoservice.fr>)

10.7/Catatonie :

La catatonie est un trouble psychiatrique sévère qui se manifeste principalement par un ralentissement important des mouvements corporels et une diminution générale des capacités intellectuelles et fonctionnelles. Si elle n'est pas prise en charge rapidement, la catatonie peut entraîner des complications graves, mettant en danger la vie du patient.

Elle survient le plus souvent en lien avec des affections psychiatriques telles que la dépression majeure ou la psychose, mais peut également être déclenchée par certaines maladies organiques, comme des infections. Chez les personnes atteintes de trouble du spectre autistique (TSA), environ 15 % développent une catatonie à l'adolescence tardive ou à l'âge adulte.

Sans traitement adapté, la catatonie peut évoluer vers une morbidité sévère, avec des risques de déshydratation, de malnutrition ou d'autres complications médicales potentiellement fatales. Le diagnostic repose sur la reconnaissance d'au moins trois symptômes caractéristiques, selon les critères du DSM-5, et nécessite une évaluation clinique approfondie, surtout chez les patients autistes où les manifestations peuvent être confondues avec celles du TSA.

La prise en charge inclut souvent l'administration de benzodiazépines, une surveillance médicale étroite, et parfois des interventions plus spécifiques comme l'électroconvulsivothérapie (ECT) dans les cas résistants. (<https://has-sante.fr>).

10.8/ Le mutisme sélectif:

Le mutisme sélectif est un trouble anxieux qui se manifeste par une incapacité persistante à parler dans certaines situations sociales spécifiques, alors que l'enfant s'exprime normalement dans d'autres contextes, comme à la maison ou avec des personnes familières. Contrairement au trouble du spectre autistique (TSA), le développement précoce de l'enfant atteint de mutisme sélectif n'est généralement pas affecté. En effet, l'enfant possède des compétences sociales appropriées et une réciprocité sociale intacte dans les environnements où il parle.

Ce trouble ne s'accompagne pas de comportements restreints ou répétitifs, ce qui constitue un critère important pour différencier le mutisme sélectif du TSA. Par conséquent, les deux diagnostics sont exclusifs l'un de l'autre.

Le mutisme sélectif doit être distingué d'autres troubles, notamment des troubles du développement comme le TSA, où les difficultés de communication sont globales et associées à des comportements répétitifs. Dans le mutisme sélectif, le silence est lié à une anxiété spécifique et non à un déficit des compétences sociales ou du langage. (<https://www.psychomedia.qc.ca>)

10.9/ Schizophrénie:

Pendant longtemps, la schizophrénie et l'autisme ont été confondus, notamment parce que l'autisme était initialement décrit comme une forme particulière de schizophrénie infantile, attribuée à des facteurs psychologiques familiaux. Aujourd'hui, ces deux pathologies sont bien différenciées. L'autisme se manifeste dès la petite enfance par des difficultés persistantes dans la communication sociale et des comportements répétitifs, alors que la schizophrénie apparaît généralement à l'adolescence ou à l'âge adulte, avec des symptômes psychotiques comme les hallucinations et les délires.

Cependant, certains individus autistes peuvent développer des épisodes psychotiques, souvent liés à des troubles de l'humeur ou à un stress important, ce qui peut compliquer le diagnostic. De plus, la phase précoce de la schizophrénie peut présenter des signes tels que des intérêts restreints ou des croyances atypiques, qui ressemblent aux altérations sociales observées dans l'autisme. Ces similitudes rendent parfois difficile la distinction clinique entre les deux troubles. (<https://www.psychomedia.qc.ca>)

10.10/ Trouble réactionnel de l'attachement :

Le trouble réactionnel de l'attachement (TRA) se manifeste chez certains enfants ayant vécu des situations de carences affectives sévères, telles que la négligence ou la maltraitance durant la petite enfance. Dans ces cas extrêmes, des symptômes proches de ceux observés dans l'autisme ont parfois été décrits, donnant lieu à ce que l'on appelle un « quasi-autisme ». Ces enfants présentent des difficultés marquées dans leurs relations sociales, ce qui peut rendre le diagnostic différentiel avec le trouble du spectre autistique (TSA) particulièrement complexe.

En effet, bien que les enfants atteints de TSA montrent généralement moins de comportements de familiarité sans discrimination - c'est-à-dire une tendance à s'attacher de manière excessive à des figures inconnues - que ceux présentant un TRA, il a été observé que près de 62 % des enfants autistes présentent également des signes évocateurs d'un trouble de l'attachement. Cette co-occurrence souligne l'importance d'une évaluation clinique approfondie.

La principale différence entre ces deux troubles réside dans leur origine : le TSA est un trouble neurodéveloppemental d'origine biologique, apparaissant dès les premiers stades du développement, tandis que le TRA est acquis, résultant d'expériences précoces de privation affective ou d'instabilité relationnelle. Sur le plan émotionnel, les enfants autistes tendent à présenter une rigidité émotionnelle et des difficultés à exprimer leurs émotions, alors que les enfants avec un TRA manifestent souvent une hyperréactivité émotionnelle et des comportements d'attachement désorganisé.

Le DSM-5 recommande de ne poser un diagnostic de TRA que si les critères du TSA ne sont pas remplis, donnant ainsi la priorité au diagnostic d'autisme en cas de chevauchement symptomatique. Cependant, dans la pratique clinique, il est fréquent que les deux troubles coexistent, car les enfants autistes peuvent aussi développer des troubles de l'attachement en raison de leurs difficultés sociales et des expériences traumatisantes qu'ils peuvent vivre.

Cette complexité souligne la nécessité d'une approche diagnostique fine et multidisciplinaire, intégrant l'analyse des antécédents, l'observation comportementale et l'utilisation d'outils d'évaluation adaptés, afin de proposer une prise en charge personnalisée et efficace.

(<https://www.educatout.com>)

10.11/ Aphasie acquise avec épilepsie (syndrome de Landau-Kleffner) :

Le syndrome de Landau-Kleffner est une affection neurologique rare qui survient généralement chez l'enfant entre l'âge de 3 et 7 ans. Il se caractérise par l'apparition simultanée de crises d'épilepsie et d'une perte progressive du langage chez un enfant dont le développement langagier avait été jusque-là normal. Malgré cette régression du langage, l'intelligence de l'enfant reste habituellement intacte.

Les crises épileptiques associées peuvent varier en type et en fréquence, souvent focales, et se manifestent fréquemment pendant le sommeil. L'électroencéphalogramme (EEG) révèle des anomalies spécifiques, notamment des pointes-ondes accentuées durant le sommeil lent, principalement dans les régions temporales du cerveau.

Sur le plan du langage, le syndrome débute souvent par une difficulté à comprendre les mots (agnosie auditive verbale), suivie d'une régression progressive de la parole pouvant aller jusqu'au mutisme complet. Par ailleurs, des troubles du comportement tels que l'hyperactivité, l'impulsivité et des troubles de l'attention peuvent également être présents.

Le diagnostic repose sur la combinaison clinique de l'aphasie acquise et des crises d'épilepsie, confirmée par les anomalies EEG caractéristiques. La prise en charge inclut un traitement antiépileptique, une rééducation orthophonique intensive ainsi qu'un suivi neuropsychologique. La récupération du langage dépend largement de la rapidité du diagnostic et de l'efficacité du traitement mis en place. (<https://www.orpha.net>).

10.12/ L'exposition aux écrans :

Au cours des dernières années, le temps que les enfants consacrent aux écrans - qu'il s'agisse de la télévision, des consoles de jeux, des smartphones ou des ordinateurs - a considérablement augmenté. Cette augmentation soulève des préoccupations, notamment lorsque les stimulations fournies par ces écrans sont moins riches sur le plan cognitif, physique ou social que celles que l'enfant pourrait recevoir dans son environnement réel.

Les recherches scientifiques disponibles indiquent que cette surexposition aux écrans peut avoir des conséquences négatives importantes sur le développement des fonctions cognitives chez l'enfant. Les domaines les plus affectés sont la réussite scolaire, le développement du langage, la capacité d'attention, la qualité du sommeil ainsi que le contrôle des comportements agressifs.

Il est important de souligner que, malgré ces effets délétères, aucune preuve scientifique ne montre que l'exposition aux écrans soit une cause directe du trouble du spectre autistique (TSA). Cependant, il est observé que les enfants autistes commencent souvent à utiliser les écrans plus tôt et y passent plus de temps que les enfants neurotypiques ou ceux présentant un simple retard de langage. Cette préférence est liée aux particularités cognitives et sensorielles des enfants autistes, qui sont souvent attirés par les stimulations visuelles et auditives proposées par les écrans.

Les effets négatifs d'une exposition excessive aux écrans sont particulièrement préoccupants chez les très jeunes enfants, notamment avant l'âge de deux ans. À ce stade, une surexposition est associée à des retards dans le développement du langage, à des difficultés d'attention et à des troubles du sommeil, ainsi qu'à des perturbations dans le développement moteur et social.

Cependant, il convient aussi de reconnaître que, lorsqu'ils sont utilisés de manière encadrée et adaptée, les écrans peuvent constituer un outil bénéfique, notamment pour les enfants autistes. Ils peuvent faciliter l'apprentissage, la communication et l'interaction sociale, en particulier chez ceux qui ont peu ou pas de langage verbal. (PDF intitulé sur Etude de la littérature scientifique : Troubles du Spectre Autistique et outils numérique)

10.13/ Troubles des habitudes et des impulsions, y compris l'agressivité :

Les troubles des habitudes et des impulsions se caractérisent par une incapacité à maîtriser ses impulsions, ce qui conduit à des comportements répétitifs souvent difficiles à contrôler. Lorsqu'un individu ne parvient pas à inhiber ces impulsions, cela peut provoquer des conséquences négatives pour lui-même et pour son entourage. Parmi ces troubles, le trouble explosif intermittent se distingue par des épisodes soudains d'agressivité physique intense.

Ce diagnostic est fréquemment posé chez des personnes présentant d'autres troubles psychiatriques ou neurologiques, tels que la schizophrénie, l'autisme, des traumatismes crâniens ou des déficiences intellectuelles. Chez les personnes autistes, un trouble des habitudes et des impulsions est suspecté lorsque des comportements répétitifs deviennent sources de détresse importante, non seulement pour l'individu, mais aussi pour son entourage. Ces comportements peuvent être provocateurs, difficiles à gérer et peuvent engendrer des situations conflictuelles.

La prise en charge repose généralement sur une combinaison de thérapies comportementales et de traitements médicamenteux adaptés. Dans les cas où ces comportements représentent un

danger pour autrui et ne sont pas liés à une cause médicale ou psychiatrique identifiable, il est recommandé de faire appel aux services de médecine légale.

L'efficacité du traitement dépend de plusieurs facteurs, notamment le quotient intellectuel du patient, sa capacité à comprendre les consignes et à coopérer, ainsi que l'identification et la gestion des facteurs environnementaux susceptibles d'aggraver les symptômes.

(<https://www.comprendrelautisme.com>).

11. Les difficultés du diagnostic du l'autisme:

Le DSM-5 regroupe désormais sous le terme unique de trouble du spectre autistique (TSA) plusieurs diagnostics auparavant distincts, tels que le trouble autistique, le syndrome d'Asperger, les troubles dés intégratif de l'enfance et le trouble envahissant du développement non spécifié. Cette classification internationale, fondée uniquement sur l'observation clinique, se veut indépendante de toute théorie explicative et vise à décrire précisément les manifestations observées chez les patients.

Le TSA se caractérise principalement par deux grands domaines symptomatiques. Le premier concerne des anomalies persistantes dans la communication sociale et les interactions sociales. Ces anomalies se traduisent par des difficultés à établir une réciprocité socio-émotionnelle, à partager ses émotions, et à initier ou répondre aux interactions sociales. Par exemple, les enfants autistes peuvent avoir du mal à ajuster leur comportement selon le contexte social, éprouver des difficultés à participer à des jeux symboliques ou à se faire des amis. Selon l'âge et le niveau de développement, ces troubles prennent différentes formes : les très jeunes enfants montrent souvent peu d'intérêt pour leurs pairs, tandis que les enfants plus âgés peuvent manifester un intérêt social mais sans comprendre les règles implicites des interactions, avec un manque de spontanéité émotionnelle. Des variations émotionnelles soudaines, comme passer du rire aux pleurs sans cause apparente, sont également fréquentes.

Le second domaine regroupe les comportements restreints, répétitifs, ainsi que les intérêts limités. Ces comportements peuvent inclure un langage stéréotypé, des mouvements répétitifs (stéréotypies), des routines rigides, une forte résistance au changement, et des réactions sensorielles atypiques. Par exemple, un enfant peut être insensible à la douleur tout en étant hypersensible à certains bruits ou textures. Ces particularités sensorielles peuvent aussi se manifester par une fascination marquée pour certains sons, odeurs ou lumières. La rupture des routines ou des rituels

peut entraîner des troubles émotionnels importants, surtout chez les personnes présentant un TSA sévère, rendant difficile l'adaptation à de nouvelles situations.

Le spectre autistique est très hétérogène : il regroupe des individus avec des capacités intellectuelles très diverses, allant de compétences exceptionnelles à des déficits cognitifs sévères, ainsi que des profils variés selon le langage, les comportements adaptatifs, le genre ou les troubles moteurs. Cette diversité reflète la complexité des causes et des expressions cliniques du TSA. (PDF intitulé sur la prise en charge comportementale et cognitive du trouble du spectre autistique)

12. La prise en charge du trouble spectre autistique:

La prise en charge du trouble du spectre autistique (TSA) repose sur une approche globale et personnalisée, impliquant médecins, soignants, éducateurs et familles. Le diagnostic peut être posé par un pédopsychiatre, un psychiatre, un pédiatre, un neuro-pédiatre ou un neurologue. Il est essentiel que les praticiens de première ligne repèrent les signes d'alerte dès 6, 12 et 18-24 mois pour orienter rapidement vers des spécialistes.

L'intervention du pédopsychiatre ou du psychiatre est souvent indispensable, notamment pour une évaluation approfondie nécessitant au moins deux heures, la détection des formes légères comme le syndrome d'Asperger, et la prise en compte des troubles psychiatriques associés, souvent complexes à diagnostiquer en présence de TSA. Ces spécialistes accompagnent également les patients et leurs familles face aux difficultés individuelles, familiales et sociales, tout en formant et supervisant les intervenants sociaux et scolaires.

Les prises en charge recommandées sont principalement psycho-éducatives et développementales, telles que les méthodes ABA, TEACCH, Denver ou les thérapies cognitivo-comportementales (TCC). Elles visent à améliorer la communication, les interactions sociales et à réduire les comportements répétitifs. D'autres interventions complémentaires incluent l'orthophonie, la psychomotricité, l'ergothérapie et le soutien psychologique. Ces approches sont d'autant plus efficaces lorsqu'elles débutent précocement.

La coordination entre les secteurs médical, éducatif et social est essentielle pour un accompagnement cohérent. La formation continue des professionnels et la diffusion des connaissances sont indispensables pour améliorer la qualité des soins. Enfin, la reconnaissance des TSA en affection de longue durée (ALD) permet une prise en charge financière facilitée

des soins liés au trouble. (PDF intitulé sur prise en charge comportementale et cognitive du trouble du spectre autistique)

12.1 / Le rôle du psychiatre :

Le psychiatre a pour mission d'offrir une prise en charge adaptée à chaque patient, en tenant compte du diagnostic posé et de la gravité des troubles. Il doit informer le patient et sa famille, tout en les accompagnant dans les choix thérapeutiques, afin de leur fournir le meilleur soutien possible. Pour établir un diagnostic précis, le psychiatre doit exclure d'autres pathologies, notamment des troubles neurodéveloppementaux, et rechercher d'éventuels troubles médicaux ou psychiatriques associés. Il collabore étroitement avec d'autres professionnels médicaux et paramédicaux dont l'expertise est précieuse.

En pédopsychiatrie, le diagnostic ne se limite pas à une simple étiquette, car il peut être perçu comme stigmatisant et contre-productif. Pourtant, il ne faut pas négliger que les prises en charge précoces permettent d'améliorer les compétences du patient et de réduire la sévérité du trouble. Le diagnostic du trouble du spectre autistique (TSA) est clinique et repose sur l'observation de symptômes souvent non spécifiques. Il nécessite une expérience approfondie et une analyse détaillée du développement psychomoteur et des particularités du patient depuis sa naissance.

Le psychiatre réalise plusieurs entretiens d'évaluation, dont le nombre varie selon la complexité des symptômes et son expérience. Chez l'adulte, le diagnostic est particulièrement complexe et s'appuie sur l'observation directe, la qualité des interactions, des entretiens avec le patient, ainsi que des discussions avec la famille et les intervenants scolaires. Des outils complémentaires comme les vidéos, questionnaires et évaluations standardisées peuvent être utilisés pour affiner le diagnostic. (PDF intitulé sur psychiatres a quoi s'attendre ?)

12.2/ Les programmes d'intervention évalués et validés :

Les programmes d'intervention pour les troubles du spectre autistique (TSA) se répartissent en deux grandes catégories : les interventions globales, qui visent à développer l'ensemble des compétences de l'enfant, et les interventions ciblées sur des domaines spécifiques.

Les recommandations émises par la Haute Autorité de Santé (HAS) et l'Agence Nationale de l'Évaluation et de la Qualité des Établissements et Services sociaux et Médico-sociaux reposent sur des études menées entre 2000 et 2012, avant la publication du DSM-5. Ces études ont évalué des

enfants diagnostiqués selon les critères du DSM-IV et de la CIM-10, ce qui n'a pas remis en cause la validité des programmes.

12.2.1/ Les programmes d'intervention globale:

Les programmes d'intervention globale pour enfants et adolescents avec troubles du spectre de l'autisme (TED) sont conçus pour développer toutes les compétences de l'enfant, en s'appuyant sur les connaissances en psychologie expérimentale et neurosciences cognitives. Ils visent à améliorer les domaines affectif, émotionnel, social, communicationnel, sensorimoteur, perceptif, cognitif et langagier, ainsi que la gestion de l'anxiété et des comportements inadaptés. L'objectif est aussi d'inclure l'enfant en milieu scolaire ordinaire ou spécialisé dès que possible.

Dans les études de validation, on compare le programme évalué à un programme contrôle qui comporte un nombre d'heures d'intervention équivalent par semaine et la même durée totale. Ces programmes contrôles interviennent dans les mêmes domaines comportementaux (communication, langage, cognition, motricité, gestion émotionnelle), mais diffèrent par leur organisation, les techniques utilisées ou la formation des intervenants. Une supériorité statistique et clinique du programme évalué indique son efficacité par rapport à une prise en charge aussi intensive mais organisée différemment.

Trois grandes catégories de programmes globaux sont validées:

☞ Les deux premières s'adressent aux enfants de 18 mois à 4-6 ans, avec ou sans retard de développement, et utilisent principalement l'ABA (Analyse Appliquée du Comportement). Elles nécessitent environ 25 heures d'intervention hebdomadaire pour compenser le manque d'occasions d'apprentissage naturel chez l'enfant avec TSA.

☞ La deuxième catégorie est plus récente, combinant ABA et approches développementales centrées sur le jeu et les relations enfant-adulte, pour enfants de 12 à 60 mois avec un retard de développement important. Elle vise à stimuler la motivation à imiter, communiquer et interagir.

☞ La troisième catégorie est le programme TEACCH, qui repose sur une pédagogie scolaire structurée, adaptée à l'autisme et aux troubles de la communication. Ce programme est souvent mis en œuvre en milieu scolaire, parfois en alternance avec la scolarisation ordinaire.

La mise en œuvre de ces programmes doit être supervisée par des experts formés et expérimentés, avec une formation et une supervision des parents ou para professionnels qui interviennent auprès de l'enfant.

Les programmes d'intervention globale sont intensifs, personnalisés, coordonnés, et fondés sur des approches comportementales et développementales validées, visant un développement harmonieux et une inclusion scolaire optimale des enfants avec TED

12.2.2/ Les programmes d'intervention spécifique:

Les programmes d'intervention spécifique ont pour objectif d'accompagner le développement global de la personne tout en ciblant des domaines fonctionnels particuliers, tels que le langage, la communication, les interactions sociales, ou encore la réduction des troubles associés comme l'anxiété, la dépression et les comportements problématiques. Après l'âge de 4 ans, lorsque les compétences de l'enfant se développent de manière hétérogène, il est recommandé d'intervenir de façon plus ciblée sur les capacités qui progressent moins bien. Ces interventions spécialisées concernent notamment la socialisation en milieu ordinaire, les fonctions d'interactions sociales (comme le jeu symbolique, l'attention conjointe, l'imitation, la reconnaissance des émotions et des affects), la prévention et la gestion des comportements problématiques, ainsi que les domaines du langage, de la communication, des fonctions sensorielles et motrices, et des apprentissages scolaires. Ces programmes prosociaux visent à développer la reconnaissance des émotions, les capacités de conversation, la théorie de l'esprit, ainsi que les conduites adaptées face à l'agression ou à la provocation, souvent à travers des outils tels que les histoires sociales ou les jeux de rôle. Pour les enfants ou adolescents présentant des signes de souffrance psychologique, comme l'anxiété ou la dépression, les thérapies cognitivo-comportementales adaptées aux personnes avec troubles du spectre autistique ont montré leur efficacité pour diminuer ces troubles, ainsi que les colères, en complément des jeux de rôle, des groupes de parole et des psychothérapies individuelles. Ces interventions validées ne se déroulent pas en milieu hospitalier, mais plutôt à l'école, à domicile ou dans des centres spécialisés, tout en nécessitant une surveillance médicale régulière. Il est essentiel que chaque enfant ou adolescent avec TSA bénéficie des mêmes actions de prévention, d'éducation à la santé, de suivi et de traitement que ses pairs. Par ailleurs, une familiarisation progressive avec les consultations médicales, souvent anxiogènes, est recommandée, notamment en enseignant à la personne à exprimer ses sensations à l'aide d'échelles visuelles, à reconnaître les différentes parties de son corps et à répondre à des consignes simples. Enfin, l'analyse fonctionnelle des

comportements problématiques permet fréquemment de détecter une douleur ou un problème somatique sous-jacent, contribuant ainsi à une meilleure prise en charge globale.

12.3/ L'éducation, un traitement de choix pour trouble spectre autistique:

Un enfant atteint d'autisme est avant tout un enfant qui, comme tous les autres, a besoin de recevoir une éducation adaptée. Cette éducation est essentielle car elle lui permet d'acquérir les bases nécessaires à son adaptation et à sa vie en société. Dans un développement typique, certains apprentissages se font de manière spontanée, notamment grâce aux expériences sociales quotidiennes. En revanche, d'autres apprentissages, comme ceux liés à l'école, nécessitent un enseignement structuré et systématique. Pour les enfants avec autisme, cet enseignement systématique doit également s'appliquer à des compétences que les autres enfants acquièrent naturellement, telles que les compétences sociales, les comportements d'imitation et les jeux. Ainsi, l'éducation ne se limite pas à un simple apprentissage scolaire, mais devient un véritable traitement de choix pour l'autisme. Elle vise à favoriser le développement global de la personne, son épanouissement, ainsi que sa progression vers une vie la plus autonome possible. En offrant un cadre structuré et des méthodes adaptées, l'éducation permet à l'enfant autiste de mieux comprendre son environnement, d'améliorer ses interactions sociales et de développer des compétences essentielles pour son bien-être et son intégration sociale. (<https://www.cenomy.fr>)

12.3.1/ L'éducation structurée :

L'éducation structurée repose sur des méthodes socio-éducatives qui visent à aménager un environnement adapté et sécurisé pour les personnes présentant un trouble du spectre autistique. En fonction de la sévérité des troubles, l'enfant a besoin de repères plus ou moins nombreux et précis, tels que des pictogrammes, des routines quotidiennes, des plannings ou des scénarios de vie, qui facilitent sa compréhension du monde et l'organisation de ses activités. Parmi les approches éducatives reconnues figurent notamment les méthodes ABA (analyse appliquée du comportement), TEACCH (technique d'éducation structurée), PECS (système de communication par échange d'images) et le modèle Denver. Ces méthodes permettent d'enseigner de façon systématique des compétences que l'enfant n'acquiert pas spontanément, comme les interactions sociales, la communication, l'imitation ou le jeu. Les parents, formés à ces techniques, jouent un rôle central dans leur application au quotidien. Ils doivent faire preuve de souplesse et d'adaptabilité dans le choix et l'utilisation des outils, qui sont complémentaires et dépendent de la qualité de la communication avec l'enfant. Cette flexibilité permet aux parents de mieux comprendre les troubles,

d'anticiper les difficultés et de mettre en place des stratégies proactives pour alléger le quotidien de leur enfant. Par ailleurs, les échanges avec d'autres familles, au sein de groupes de soutien animés par des professionnels ou via des associations en ligne, offrent un précieux soutien et favorisent l'entraide. Dans certains cas, un accompagnement en thérapie familiale peut être nécessaire pour résoudre des tensions et prévenir la souffrance des autres membres de la famille. Il ne faut pas oublier que les frères et sœurs peuvent également être affectés par la situation familiale, notamment en raison des troubles de comportement de l'enfant autiste, du rejet possible ou de l'investissement important des parents. Ainsi, l'éducation structurée constitue un traitement essentiel pour l'enfant avec autisme, capable de restaurer partiellement son développement et de prévenir des complications ultérieures. Intégrée dans une approche pluridisciplinaire qui combine harmonieusement les dimensions médicale, psychologique, sociale et éducative, elle contribue significativement à améliorer la qualité de vie et le bien-être global de la personne. (<https://www.autismeinfoservice.fr>)

12.3.2/ Éducation de la société :

Aujourd'hui, de nombreux efforts ont été faits pour rendre les lieux publics, les transports en commun, ainsi que les espaces culturels et touristiques accessibles aux personnes en situation de handicap moteur ou sensoriel. Cependant, pour les personnes porteuses de troubles du spectre autistique (TSA), l'adaptation ne se limite pas à des aménagements architecturaux ou matériels. Il est avant tout essentiel que la société dans son ensemble soit informée et sensibilisée aux particularités de l'autisme.

Une véritable inclusion passe par la diffusion large et systématique des connaissances sur les troubles autistiques auprès de tous les citoyens. Chaque individu, dans une société qui respecte ses principes d'égalité des droits et des chances, devrait recevoir, dès sa scolarité, une éducation juridique et sociale incluant la compréhension des handicaps invisibles comme l'autisme. Cette sensibilisation fait partie des missions de l'Éducation nationale, qui vise à former des citoyens respectueux et bienveillants.

La reconnaissance des comportements spécifiques des personnes autistes par le grand public est indispensable pour éviter leur stigmatisation et leur exclusion sociale. En effet, des comportements perçus comme « bizarres » ou atypiques peuvent susciter incompréhension, rejet ou peur si la société n'est pas préparée à les accueillir avec bienveillance.

L'éducation de la société passe donc en priorité par la scolarisation inclusive des enfants autistes. Plus tôt les enfants « neurotypiques » apprendront à reconnaître et à respecter les différences comportementales de leurs pairs autistes, plus ils seront capables d'adopter des attitudes constructives et empathiques. Cette éducation précoce favorise également une meilleure compréhension et un soutien plus adapté des familles concernées.

Malheureusement, les réactions négatives telles que le regard agacé, la gêne, la culpabilisation, la panique ou même l'hostilité, souvent nourries par des idées fausses véhiculées par certains professionnels ou les médias, contribuent à isoler les personnes autistes et leurs proches. Ces attitudes révèlent souvent une méconnaissance profonde et un manque d'éducation sur le sujet.

Progressivement, grâce à une meilleure information et à des comportements adaptés de la part de la société, ces préjugés et discours erronés pourront être remplacés par une véritable responsabilité collective. Il s'agit d'un enjeu majeur pour garantir aux personnes autistes une place digne et respectée dans la vie sociale. (<https://www.lesilencedesjustes.fr>)

12.3.3/ Éducation du milieu enseignant :

Dans le cadre scolaire, l'exclusion fondée sur le sexe, la culture ou la religion est strictement interdite. L'enseignant exerce une mission publique essentielle et ne peut ni choisir ni refuser les élèves qui composent sa classe, y compris ceux présentant un trouble du spectre autistique (TSA). Pourtant, les parents signalent fréquemment que certains enseignants évoquent un manque de formation comme motif pour refuser l'intégration d'un élève autiste.

Un enseignant compétent doit être capable d'adapter son enseignement aux besoins spécifiques et aux capacités variées de chaque élève, afin de favoriser la progression de tous, y compris des élèves à besoins éducatifs particuliers. Pour cela, il s'appuie sur les avancées récentes en psychologie cognitive et neurosciences, qui ont renouvelé la compréhension des mécanismes d'apprentissage.

L'utilisation des outils numériques, tant par l'enseignant que par les élèves, constitue un levier important pour différencier les approches pédagogiques. De plus, l'enseignant collabore étroitement avec les partenaires de l'école (éducateurs spécialisés, psychologues scolaires, auxiliaires de vie scolaire, etc.) afin de répondre au mieux aux besoins des élèves.

Dans ce cadre, il participe activement à l'élaboration du projet personnalisé de scolarisation (PPS) ou du projet d'accueil individualisé (PAI) pour les élèves en situation de handicap ou malades. Ces projets s'appuient sur des démarches et des outils adaptés, ainsi que sur les technologies de l'information et de la communication, pour garantir l'égalité des chances et l'inclusion scolaire.

La formation continue est un élément clé de la réussite de cette mission. L'enseignant doit faire preuve de curiosité intellectuelle et s'engager dans un apprentissage tout au long de sa carrière, afin de dépasser les limites souvent insuffisantes de la formation initiale. Cette formation continue doit être pertinente et adaptée aux difficultés spécifiques rencontrées en classe, notamment avec les élèves autistes. (<https://www.cenomy.fr>)

12.4/ Le programme de TEACCH :

Le programme TEACCH (Treatment and Education of Autistic and related Communication Handicapped Children) a été développé en 1966 par Eric Schopler à l'Université de Caroline du Nord, et est devenu un programme officiel d'État en 1972. Il s'agit d'un dispositif complet d'accompagnement qui suit la personne autiste de l'enfance à l'âge adulte, en s'appuyant sur une éducation structurée adaptée à ses particularités.

L'éducation structurée, pilier central du programme TEACCH, est une approche développementale qui vise à favoriser le développement de la communication, de l'autonomie et de l'intégration sociale. Le programme TEACCH prend en compte les particularités cognitives des personnes autistes, qui ont souvent des difficultés à traiter les informations abstraites ou verbales, mais une meilleure capacité à intégrer les informations visuelles et simultanées, surtout lorsqu'elles sont liées à leurs centres d'intérêt. La structuration visuelle de l'environnement permet ainsi de faciliter la compréhension, la mémorisation et l'organisation des activités, ce qui améliore l'apprentissage et l'adaptation.

Les domaines d'intervention du programme sont variés et couvrent la communication, le langage, la motricité, les comportements, l'autonomie et les interactions sociales. En offrant un cadre stable, prévisible et personnalisé, TEACCH aide les personnes autistes à mieux gérer leur environnement, à développer leurs compétences et à gagner en autonomie.

(<https://www.autistes-artistes.be>)

12.5/ Une approche développementale et globale :

L'éducation structurée s'appuie sur une approche développementale qui intègre les principes des théories comportementales et cognitives. Elle organise les apprentissages en séquences progressives, permettant à l'enfant de réussir rapidement. Ces succès précoces agissent comme des renforcements positifs, motivant l'enfant à poursuivre ses apprentissages. De plus, cette méthode encourage la transposition des compétences acquises dans différents contextes, rendant l'apprentissage fonctionnel et applicable au quotidien.

Pour faciliter l'acquisition des compétences, des stratégies issues du modèle comportemental sont utilisées, telles que le fractionnement des tâches, le modelage ou la participation guidée. Par exemple, lorsqu'un enfant manifeste de la frustration en raison de difficultés de communication, l'intervention vise à développer un système de communication adapté à ses besoins. De même, les comportements inadaptés liés à une mauvaise communication sont gérés par des techniques comme le retrait d'attention.

L'approche inclut également des groupes d'entraînement aux habiletés sociales et à la communication, qui permettent aux enfants de s'exercer à interagir dans des situations proches de la vie réelle, améliorant ainsi leur ajustement social.

L'autisme affecte plusieurs domaines du fonctionnement, souvent de manière variable selon les individus. C'est pourquoi l'aide apportée doit être globale, prenant en compte toutes les difficultés d'adaptation de la personne. Les professionnels impliqués jouent un rôle de généralistes : ils doivent posséder une connaissance approfondie de l'autisme et de ses manifestations, comprendre le fonctionnement spécifique de chaque personne, et adapter leurs pratiques en conséquence. Par exemple, si un enfant utilise un système de communication par pictogrammes, tous les intervenants doivent utiliser ce même système pour assurer la cohérence.

La coordination entre les différents services est essentielle à chaque étape du développement pour garantir la continuité de l'accompagnement. Le programme éducatif fixe des objectifs dans plusieurs domaines clés : le langage et la communication, la perception, l'attention, la motricité fine et globale, ainsi que le raisonnement cognitif. Ces compétences sont travaillées de manière spécifique, mais toujours dans une approche globale qui considère l'enfant dans sa totalité.

Lorsque l'enfant ne peut accéder au langage oral, un système de communication alternative est mis en place, reposant sur des supports concrets tels que des images, des pictogrammes, des photos ou des objets. Enfin, le programme TEACCH peut être combiné avec des groupes d'entraînement aux compétences sociales et à la communication, afin d'aider l'enfant à mieux s'adapter socialement dans des situations proches du réel.

(<https://www.autismeinfoservice.fr>)

12.6/ Le programme ABA :

À l'origine, l'ABA (Analyse Appliquée du Comportement) se pratiquait principalement lors de séances structurées, basées sur des essais séparés où chaque comportement était enseigné de manière répétitive et isolée. Par la suite, une approche appelée apprentissage incident a été développée pour encourager l'acquisition plus rapide de comportements fonctionnels directement dans le cadre naturel de l'enfant.

Cette méthode met l'accent sur la fréquence d'apparition spontanée des comportements, même partiels, afin de les renforcer et de les rendre plus complets. L'objectif est de favoriser des comportements utiles et adaptés à la vie quotidienne, plutôt que de se limiter à des répétitions artificielles.

Une évolution majeure de l'ABA est l'ABA Verbal Behavior (ABA VB), qui vise à développer une communication fonctionnelle en s'appuyant sur la motivation intrinsèque de l'enfant. Le programme progresse étape par étape, en commençant par l'apprentissage du comportement de demande, avant d'aborder des formes de communication plus complexes, toujours dans le contexte naturel de l'enfant.

La réussite de ces interventions repose sur la formation approfondie de toutes les personnes entourant l'enfant, notamment les parents, qui jouent un rôle clé dans la généralisation des apprentissages. Pour appliquer correctement l'ABA, il est nécessaire de maîtriser une large gamme de compétences : réaliser une analyse fonctionnelle précise des comportements, définir des objectifs adaptés, choisir et mettre en œuvre les techniques les plus efficaces, tout en évitant de renforcer involontairement des comportements indésirables. (<https://www.autistes-artistes.be>)

12.7/ Le programme PECS :

Le programme PECS (Picture Exchange Communication System) est une méthode de communication alternative qui utilise des images pour permettre aux personnes, notamment aux

enfants autistes, d'exprimer leurs besoins et leurs envies. Initialement, l'enfant apprend à échanger une image avec un partenaire pour demander un objet ou une activité qu'il souhaite, comme une boisson ou un jeu.

Cette méthode suit une progression en plusieurs étapes qui vont bien au-delà du simple appariement d'une image avec un objet. L'enfant progresse vers une communication fonctionnelle plus complexe, capable de construire des phrases simples, de poser des questions, d'y répondre, et même de faire des commentaires spontanés ou provoqués.

PECS est particulièrement adapté aux personnes ayant des difficultés à utiliser le langage oral, car il facilite l'initiation à la communication et encourage la spontanéité. En s'appuyant sur des échanges concrets dans le quotidien, il favorise l'autonomie et réduit les comportements problématiques liés à la frustration de ne pas pouvoir communiquer.

Recommandé par de nombreuses associations internationales et soutenu par des études scientifiques, PECS est une méthode progressive, accessible à tous les âges, et qui nécessite un environnement structuré ainsi qu'un accompagnement formé pour être efficace.

(<https://www.autistes-artistes.be>)

12.8/ Le programme d'intervention précoce de Denver :

Le programme d'intervention précoce de Denver, également connu sous le nom d'Early Start Denver Model (ESDM), est spécifiquement conçu pour les très jeunes enfants présentant un trouble du spectre autistique, généralement entre 12 et 48 mois. Cette méthode combine des principes issus des approches développementales, comportementales et relationnelles, avec pour objectif principal de favoriser le développement global de l'enfant à travers des interactions sociales naturelles et ludiques.

Contrairement à un simple jeu spontané, l'ESDM repose sur une progression méthodique et planifiée. L'adulte intervient en proposant des activités structurées, basées sur des objectifs précis définis à partir d'une évaluation complète des compétences et des besoins de l'enfant. Cette progression tient compte de la disponibilité de l'enfant, afin de respecter son rythme et ses capacités.

L'un des axes majeurs de ce programme est de stimuler l'engagement social de l'enfant sur une grande partie de la journée. En favorisant les échanges sociaux, l'ESDM cherche à instaurer toutes les formes de communication, verbale ou non, qui sont essentielles au développement. Pour

cela, l'adulte utilise des routines et des objets familiers pour capter l'attention de l'enfant, susciter la réciprocité et encourager le partage émotionnel. La motivation de l'enfant est ainsi au cœur de l'intervention, car elle constitue un levier fondamental pour l'apprentissage.

Le programme est entièrement individualisé : les objectifs sont définis en fonction des résultats d'une évaluation détaillée des compétences de l'enfant dans différents domaines tels que la communication, la motricité, l'attention et le raisonnement. L'adulte introduit des séquences d'apprentissage adaptées au sein d'interactions socio-émotionnelles, en laissant l'enfant prendre des initiatives dans le choix des activités et du matériel, ce qui renforce son engagement et sa spontanéité.

L'ESDM met également l'accent sur l'entraînement des comportements pivot, c'est-à-dire des comportements clés qui favorisent le développement de nombreuses autres compétences. Parmi ceux-ci figurent la motivation, la spontanéité et la communication, dont le renforcement contribue à améliorer le langage, à faciliter la généralisation des acquis dans différents contextes, et à réduire les comportements problématiques.

La communication verbale est encouragée à travers des interactions positives où chaque tentative de communication, qu'elle soit verbale ou non, est reconnue et renforcée par l'adulte. Ce dernier adapte son langage au niveau de compréhension de l'enfant, en utilisant des phrases simples mais enrichies pour stimuler l'apprentissage sans le dépasser. **(PDF intitulé sur prise en charge comportementale et cognitive du trouble du spectre autistique)**

12.9/ Reformuler l'accueil et le soutien aux familles :

La Haute Autorité de Santé (HAS) insiste sur l'importance d'une participation active des parents dans l'accompagnement des enfants et jeunes présentant un trouble du spectre de l'autisme (TSA). Le projet personnalisé de l'enfant doit être co-construit avec la famille, en prenant en compte tous les aspects : scolaire, médical et social.

Dès la première rencontre, il est essentiel d'établir une relation de confiance entre les professionnels et les familles. L'accompagnement proposé doit inclure une information claire et complète sur les TSA, les différentes interventions possibles, ainsi qu'un soutien psychologique permettant aux membres de la famille d'exprimer leurs besoins. Il est également important de présenter aux parents les associations locales et de les aider dans leurs démarches administratives.

Le soutien familial ne concerne pas uniquement l'enfant et ses parents, mais l'ensemble de la famille, y compris les frères et sœurs, qui doivent être informés et accompagnés pour mieux comprendre la situation. L'HAS souligne que l'adaptation la plus efficace à l'autisme se construit lorsque les parents se soutiennent mutuellement et s'efforcent de mener une vie aussi normale que possible, tout en restant conscients des difficultés. Cela nécessite un accompagnement professionnel soutenu pour toute la famille. (<https://www.secoursautisme.com>)

12.10/ L'orthophoniste et le soin :

Les orthophonistes sont souvent peu nombreux dans les institutions, ce qui est d'autant plus regrettable que les troubles du langage sont fréquemment sévères chez les enfants présentant un trouble envahissant du développement. Certains enfants peuvent être écholaliques, ne prononcer que quelques mots, avoir un langage difficilement compréhensible, ou encore utiliser un langage correct sans que celui-ci ne leur serve réellement à communiquer.

Dans ce contexte, le travail de l'orthophoniste ne se limite pas à améliorer l'expression verbale, mais vise avant tout à aider l'enfant à communiquer par tous les moyens qui lui sont accessibles. C'est pourquoi de plus en plus d'orthophonistes se forment aux stratégies de communication alternative et augmentée, telles que le PECS (Picture Exchange Communication System).

Ces méthodes, qui reposent sur l'utilisation d'images ou de gestes, sont particulièrement adaptées aux enfants autistes car elles sollicitent leurs capacités visuelles et corporelles. Elles stimulent ainsi leur expression et leur donnent envie de mieux communiquer, ce qui peut favoriser l'émergence progressive du langage verbal.

Au début, ces apprentissages se déroulent généralement lors de séances individuelles. Cependant, il est essentiel que ces outils de communication soient ensuite intégrés et utilisés de manière cohérente au sein de l'institution et à la maison, afin d'assurer une généralisation efficace et un soutien constant à l'enfant. (<https://www.orthophonie.fr>)

12.11/ La psychomotricité et le soin :

Chez les enfants autistes, le fonctionnement psychomoteur est souvent perturbé, même lorsque certains semblent très agiles. Leur corps ne constitue pas toujours un moyen naturel de communication ni un outil de connaissance de soi, en particulier lorsque l'imitation n'est pas

acquise. Cette absence d'imitation entraîne une difficulté à comprendre les échanges sociaux, comme le partage et l'alternance. Par ailleurs, les troubles psychomoteurs sont souvent liés à des angoisses profondes, notamment la sensation de morcellement du corps.

Pour certains enfants, la distinction entre l'intérieur et l'extérieur de leur corps est floue, voire inexistante, ce qui complique leur perception sensorielle. Cette déficience perceptive se manifeste notamment par une difficulté prolongée à contrôler leurs sphincters, souvent associée à une méconnaissance des sensations buccales. Ces enfants peuvent ainsi mettre en bouche et avaler des objets inappropriés, ce qui représente un risque important.

Ce n'est qu'avec le temps, lorsque les liens entre le corps et le mental commencent à se construire, que ces enfants peuvent progressivement acquérir une meilleure autonomie corporelle, souvent après avoir traversé des phases régressives marquées par la peur de perdre ce qu'ils perçoivent encore comme des parties d'eux-mêmes.

La psychomotricité intervient alors comme une aide précieuse pour accompagner ces enfants. Elle vise à améliorer la conscience corporelle, la coordination motrice, le tonus musculaire, ainsi que la gestion des stimulations sensorielles. Le psychomotricien adapte ses interventions aux particularités sensorielles de l'enfant, qu'il s'agisse d'hypo- ou d'hyper-réactivité, afin de favoriser son engagement et son bien-être. Par ailleurs, la psychomotricité contribue à développer l'imitation, la structuration spatio-temporelle et les compétences sociales, tout en aidant à réduire les comportements problématiques en en comprenant les causes. (<https://www.bloghoptoys.fr>)

12.12/ Le rôle des familles et des associations:

Historiquement, ce sont les familles des personnes autistes qui ont été les premières à se mobiliser pour contester les destins souvent inévitables et stigmatisants imposés à leurs enfants. Ces familles se sont organisées en associations de parents, investissant leur temps et leurs ressources personnelles pour créer des structures éducatives adaptées. Elles ont ainsi privilégié le développement des compétences sociales de leurs enfants, parfois au détriment d'une focalisation exclusive sur les capacités intellectuelles.

Les associations familiales jouent un rôle déterminant dans les progrès sociaux et politiques en faveur des personnes autistes et de leurs proches. Face à l'exclusion sociale que subissent souvent les familles d'enfants autistes, notamment en raison des difficultés de communication et

d'interaction sociale de ces enfants, ces parents ont su impulser des changements dans les politiques publiques.

Ces associations constituent aujourd'hui une force politique et économique importante. Leur action repose sur une expérience vécue, qui nourrit des revendications collectives en phase avec les évolutions sociétales. Elles œuvrent à la fois pour protéger et promouvoir les droits et capacités des personnes en situation de handicap. Les axes majeurs de leur engagement incluent la représentation des personnes autistes et de leurs familles, le soutien aux parents et aux frères et sœurs, le lobbying auprès des décideurs publics, la sensibilisation du grand public, la formation des citoyens, ainsi que la création et la gestion de structures adaptées.

(<https://www.medecinesciences.org>)

12.13/ La thérapie cognitive et comportementale :

Les thérapies cognitives et comportementales (TCC) constituent des approches reconnues pour accompagner les personnes autistes en leur offrant des outils permettant de développer ou modifier certains aspects de leur comportement, cognition et émotions. Ces thérapies visent notamment à réduire l'anxiété, améliorer la gestion émotionnelle et favoriser des comportements adaptés à leur environnement.

La thérapie comportementale, développée depuis les années 1960, repose sur des méthodes variées telles que la relaxation, la désensibilisation, l'exposition progressive à des stimuli, l'analyse appliquée du comportement (ABA), et le renforcement positif. Elle consiste à renforcer les comportements souhaitables tout en diminuant les comportements inadaptés, par un apprentissage structuré et individualisé. Ce type d'intervention permet de réduire des troubles fréquemment associés à l'autisme, comme les troubles du sommeil, les comportements stéréotypés, ou les difficultés d'attention, tout en favorisant l'acquisition de compétences sociales et d'autonomie.

La thérapie cognitive, quant à elle, s'intéresse aux processus mentaux, notamment aux pensées et images mentales qui influencent les émotions et comportements. Elle aide la personne à prendre conscience de ses schémas cognitifs et à les modifier pour mieux gérer ses émotions et adopter des comportements plus adaptés. Cette approche est particulièrement efficace pour traiter les troubles anxieux et dépressifs souvent associés au trouble du spectre autistique.

La combinaison des deux approches, appelée thérapie cognitivo-comportementale, est recommandée pour une prise en charge globale. Elle est personnalisée selon les besoins spécifiques

de chaque personne et s'appuie sur une évaluation régulière des progrès afin d'ajuster les interventions. Bien que la TCC ne soit pas une « cure » de l'autisme, elle constitue un outil efficace pour améliorer la qualité de vie des personnes autistes en favorisant leur adaptation sociale et émotionnelle. (PDF intitulé sur psychoses et autisme de l'enfant de Villard)

13. L'impact du trouble spectre autistique sur la famille :

Le trouble du spectre autistique affecte profondément les capacités de l'enfant à développer les compétences sociales nécessaires pour s'intégrer dans la société. Cette difficulté ne concerne pas uniquement la personne autiste, mais touche aussi l'ensemble de sa famille: frères, sœurs, proches, et surtout les parents. Ces derniers s'engagent souvent dans un accompagnement total, 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, qui peut durer toute la vie de l'enfant, voire au-delà, avec des adaptations constantes aux besoins spécifiques de leur enfant.

Les enfants autistes présentent fréquemment des troubles secondaires qui compliquent encore la vie familiale : hyperactivité, alimentation très sélective pouvant entraîner des carences nutritionnelles, troubles du sommeil et difficultés à s'endormir. Ces problèmes réduisent la capacité des parents à récupérer physiquement et mentalement. Par ailleurs, l'enfant peut se mettre en danger, car il ne comprend pas toujours les consignes de sécurité. Lorsqu'il est malade, il peut avoir du mal à exprimer sa douleur, ce qui génère souvent des comportements difficiles à interpréter. Les parents doivent alors décoder ces comportements pour identifier les besoins réels de leur enfant, ce qui demande une vigilance constante et l'élaboration de modes de communication alternatifs.

Cette adaptation se fait principalement à domicile, car les structures d'accueil, telles que les crèches, écoles ou services spécialisés, manquent souvent de formation et de moyens pour accompagner efficacement les enfants autistes. Cette situation conduit fréquemment à l'exclusion sociale et à une forte charge pour les familles, qui doivent assumer la majeure partie de l'accompagnement sans formation spécifique. (PDF intitulé sur la prise en charge comportementale et cognitive du trouble du spectre autistique)

13.1/ Un trouble du développement qui isole l'enfant et les parents :

Le trouble du spectre autistique entraîne souvent un isolement important pour l'enfant et sa famille. Dès les premiers mois, les parents vivent une expérience émotionnelle difficile face à un enfant qui semble indifférent à leur présence, qui ne partage ni ses jeux ni ses émotions, qui évite le

contact visuel et ne joue pas de manière interactive. Cette absence d'échanges sociaux crée un sentiment de solitude et d'incompréhension profonde chez les parents.

À cela s'ajoute un sentiment de responsabilité immense envers un enfant qui ne comprend pas les règles sociales nécessaires à la vie en société. Les parents prennent rapidement conscience de la gravité du handicap social de leur enfant, mais se sentent démunis quant aux moyens d'agir. Le stress est constant, renforcé par les remarques ou jugements de leur entourage, qui parfois remettent en cause leur manière d'éduquer.

Les parents doivent alors inventer des stratégies éducatives nouvelles, souvent complexes et non instinctives, pour aider leur enfant à progresser. Cette situation génère aussi un sentiment de honte et de peur de ne pas être à la hauteur, qui peut conduire à un repli social. Pour se protéger, les familles limitent souvent leurs contacts, ce qui accentue l'isolement déjà vécu par l'enfant. (PDF intitulé sur Impact de l'autisme sur la vie des parents)

13.2/ Une absence des services adaptés quel que soit l'âge :

L'avenir social et professionnel des enfants autistes repose en grande partie sur leur scolarisation. Cependant, chaque année, cette scolarisation est régulièrement remise en question. Face aux difficultés rencontrées dans le milieu scolaire ordinaire, les familles se voient souvent proposer des alternatives telles que des classes spécialisées, des instituts médico-éducatifs ou même des hôpitaux psychiatriques. Ces solutions, bien que parfois nécessaires, traduisent une forme d'exclusion scolaire.

Contrairement aux parents d'enfants neurotypiques, les parents d'enfants autistes doivent fréquemment participer à de nombreuses réunions et commissions où ils sont souvent les seuls à défendre la poursuite de la scolarisation de leur enfant en milieu ordinaire. Ils doivent parfois s'excuser auprès des enseignants, éducateurs et personnels paramédicaux pour les difficultés ou « tracas » causés par leur enfant, comme s'ils étaient responsables de ces situations.

Affronter ces instances qui recommandent la déscolarisation ou l'institutionnalisation est une épreuve difficile pour les familles. Beaucoup finissent par accepter un placement en institution, mais se reprochent souvent cette décision, notamment à cause de la qualité médiocre des prestations proposées et de l'exclusion sociale qui en découle.

(<https://www.informations.handicap.fr>)

13.3/ Une réaction positive est possible :**⇒ Facteurs positifs face à l'autisme :**

Bien que l'autisme représente un défi majeur pour de nombreuses familles, certaines parviennent à développer des ressources et des stratégies qui leur permettent de mieux faire face à cette situation. Plusieurs facteurs externes jouent un rôle essentiel dans cette capacité à surmonter les difficultés.

Tout d'abord, le soutien apporté par les associations de parents et les professionnels spécialisés en psychologie et psychiatrie scientifique est fondamental. Ces structures offrent un accompagnement précieux, des conseils pratiques et un espace d'échange, évitant ainsi aux familles de se sentir isolées.

Ensuite, l'âge auquel le diagnostic est posé influence fortement le parcours familial. Un diagnostic précoce permet d'éviter aux parents une longue période d'incertitude et de recherches infructueuses. Il ouvre aussi la voie à des interventions comportementales adaptées, favorisant les progrès de l'enfant et renforçant la confiance et l'optimisme des parents.

Les ressources matérielles et la cohésion familiale constituent également des facteurs protecteurs. Les familles disposant de moyens financiers suffisants bénéficient souvent d'une meilleure santé globale et d'une plus grande capacité à affronter les épreuves.

Par ailleurs, les caractéristiques spécifiques de l'autisme chez l'enfant, telles que la fréquence des comportements autistiques, la nature de ses intérêts restreints, son autonomie, son niveau de communication, ainsi que la présence de troubles associés ou de comportements difficiles, influencent la manière dont la famille peut s'adapter.

Le niveau d'éducation des parents joue un rôle déterminant. Des parents bien informés et éduqués disposent des outils nécessaires pour comprendre l'autisme comme un trouble d'origine biologique, ce qui déculpabilise et permet de mieux accompagner l'enfant. Ils sont aussi plus aptes à gérer les démarches administratives et à défendre les intérêts de leur enfant. **(PDF intitulé sur l'impact de l'autisme sur la famille)**

Synthèse :

Les troubles du spectre autistique (TSA) se caractérisent par des difficultés persistantes dans la communication sociale, ainsi que par des comportements, intérêts et activités restreints, répétitifs ou stéréotypés. Ces manifestations apparaissent dès la petite enfance et perturbent le fonctionnement quotidien de la personne. Le terme « spectre » reflète la grande diversité des profils, allant de formes sévères à des cas plus légers, avec des expériences très variées.

Le TSA regroupe un ensemble de troubles neurodéveloppementaux définis par des anomalies dans trois domaines principaux : l'interaction sociale, la communication verbale et non verbale, et les comportements répétitifs ou stéréotypés. Ces troubles sont liés à des dysfonctionnements cérébraux affectant notamment le cortex préfrontal, l'amygdale, le lobe temporal supérieur, ainsi que les réseaux neuronaux impliqués dans l'empathie et les fonctions cognitives sociales. Plusieurs facteurs contribuent à l'apparition du TSA, notamment des facteurs génétiques, neurologiques, cognitifs et environnementaux.

Il est essentiel de comprendre que le TSA n'est pas une maladie au sens classique, mais un trouble neurodéveloppemental. La distinction entre autisme et simple personnalité atypique est souvent floue, tout comme la frontière entre santé et maladie dans de nombreux diagnostics médicaux. La notion de handicap découle de l'impact fonctionnel que ces troubles ont sur la vie quotidienne.

Le diagnostic doit être posé le plus tôt possible par un professionnel expérimenté, en collaboration avec la famille, afin de définir des interventions éducatives et comportementales adaptées. Un bilan complet de santé est également nécessaire pour identifier d'éventuelles comorbidités. Lorsque le diagnostic n'a pas été posé durant l'enfance, il peut être établi à l'âge adulte, avec une attention particulière portée à la gestion des traitements médicamenteux.

Enfin, les classifications internationales, comme le DSM-5, ont regroupé sous le terme TSA plusieurs diagnostics auparavant distincts (autisme classique, syndrome d'Asperger, troubles envahissants du développement), afin de mieux refléter la diversité et les points communs observés. Ces classifications sont régulièrement mises à jour pour intégrer les avancées scientifiques.

CHAPITRE II

LES COMPETENCES

SOCIO-COMMUNICATIVE

Axe 1 : Les compétences sociales**Préambule:**

Les compétences sociales chez l'enfant autiste désignent l'ensemble des aptitudes nécessaires pour interagir efficacement avec les autres dans différents contextes sociaux (école, famille, loisirs). Ces compétences sont souvent difficiles à acquérir pour les enfants avec un trouble du spectre autistique (TSA) en raison de troubles des interactions sociales, d'une déficience du sens social et de difficultés à comprendre et à s'adapter aux règles implicites des échanges sociaux.

Les enfants autistes peuvent éprouver des difficultés à reconnaître et gérer leurs émotions ainsi qu'à comprendre celles des autres, ce qui complique leur communication verbale et non verbale. Ils ont aussi du mal à saisir les intentions d'autrui et à adopter un comportement social cohérent avec le contexte. Ces défis rendent nécessaire un accompagnement spécifique, souvent basé sur des mises en situation, des jeux de rôle et des supports visuels, pour leur permettre de développer un répertoire comportemental adapté et favoriser leur intégration sociale.

Ainsi, renforcer les compétences sociales chez l'enfant autiste vise à lui offrir des outils pour créer du lien social, améliorer sa communication et mieux comprendre les interactions, afin de faciliter ses relations avec ses pairs et son épanouissement dans la société.

1. Quelques Définitions:**1.1/ Les relations sociales :**

La relation sociale désigne les interactions entre les individus au sein d'une communauté. Elle englobe une multitude d'échanges, qu'ils soient informels ou formels, et peut prendre différentes formes selon le contexte : relations familiales, amicales, professionnelles, etc. Ces relations sont essentielles à la vie sociale car elles permettent aux individus de communiquer, d'échanger, de coopérer et de créer du lien. Elles contribuent au bien-être en offrant un soutien émotionnel, un sentiment d'appartenance et en favorisant la santé mentale et physique. Établir et maintenir des relations sociales nécessite de l'écoute, de l'empathie et un engagement mutuel, qui renforcent les liens entre les personnes. (<https://www.appvizer.fr>)

Les relations sociales sont des liens établis entre individus ou groupes, qui impliquent une connaissance et un engagement réciproques fondés sur des interactions. Elles ne sont pas seulement des constructions méthodologiques, mais une réalité vécue par les acteurs sociaux, qui s'inscrivent

dans un contexte social plus large. Ces relations sont médiées par la confiance, la connaissance mutuelle et des normes partagées, qui cadrent les interactions et permettent de différencier les rapports sociaux des simples contacts. Elles peuvent être formelles ou informelles, durables ou ponctuelles, et jouent un rôle fondamental dans la structuration des réseaux sociaux et la cohésion des groupes. (<https://www.cairn.info>)

1.2/ Le code social :

Le code social est un ensemble de signes, de formules de langage, de signaux corporels, qui sont émis les individus pour marquer leur appartenance à un groupe, à une communauté ou à une classe sociale et pour y être acceptés.

L'acquisition des codes sociaux est l'un des fondements de la socialisation des individus pour leur permettre de gérer les relations interpersonnelles. Ces codes évoluent avec la société et s'adaptent en permanence. (<https://www.toupie.org>)

Le code social est un système de langage, de comportements et de signaux corporels (gestes, postures, vêtements, coiffure, accessoires...) qui transmettent ce message : « J'appartiens (ou je n'appartiens pas) à ce groupe ». Apprendre le code permet d'être accepté par le groupe.

La civilité, adaptation positive aux règles de vie de son milieu culturel, se construit dans la jeunesse, d'abord dans la famille puis à l'école et dans les groupes de pairs.

(<https://www.association-ikigai.org>)

Le code social concerne les relations et interactions entre individus, collectifs, institutions, qui structurent la société. Ils correspondent à l'organisation/structuration entre les instances sociales. Les liens sont multiples. Ils sont constitués par les attachements primaires, affectifs, familiaux et claniques, par les règles morales et de parenté retrouvées dans toutes les communautés, par des interdépendances de tous types (institutionnelles, technique, économiques, et politiques). Ce niveau social aurait des lois de fonctionnement qui lui sont propres ou au moins des régularités.

(<https://www.philosciences.com>)

1.3/ La socialisation :

La socialisation nécessite l'acquisition et l'intériorisation des modèles culturels, des pratiques, des normes sociales, des codes symboliques, des règles de conduite et des valeurs de la société dans

laquelle vit l'individu. Induite par les contraintes imposées par la société (famille, école,...) et les interactions avec l'environnement social, elle permet de construire l'identité sociale.

(<https://www.toupie.org>)

La socialisation est un processus d'apprentissage qui permet à un individu, en général pendant l'enfance et l'adolescence, de s'adapter et de s'intégrer à son environnement social et de vivre en groupe. Elle donne les moyens de gérer les relations interpersonnelles grâce : au contrôle émotionnel, à des stratégies de résolution des conflits, à des attitudes coopératives, à des attitudes de compréhension, à l'écoute active. (<https://www.toupie.org>)

La notion de socialisation renvoie, quant à elle, à l'ensemble des mécanismes par lesquels les individus font l'apprentissage des rapports sociaux entre les hommes et assimilent les normes, les valeurs et les croyances d'une société ou d'une collectivité. On distingue la socialisation primaire (ou socialisation de l'enfant) et les socialisations secondaires, processus d'apprentissage et d'adaptation des individus tout au long de leur vie. (<https://www.maxicours.com>)

2. Les caractéristiques sociales chez l'enfant autiste:

- ⇒ Les enfants atteints d'autisme semblent difficilement accessibles aux autres.
- ⇒ Ils n'établissent pas les contacts nécessaires à la construction d'une relation interpersonnelle, en particulier les contacts visuels. Ils paraissent même les éviter car souvent leur regard est fuyant.
- ⇒ Le plus souvent, ils ne répondent pas lorsqu'on les appelle.
- ⇒ Les comportements qui permettent ordinairement d'entrer en contact avec autrui sont absents ou mal coordonnés, absence de bras tendus dans l'anticipation d'être porté, refus d'être réconforté ou étreint.
- ⇒ L'éventail des expressions faciales est très restreint et souvent inadapté à la situation. Ils sourient très rarement.
- ⇒ Ils semblent ne pas comprendre les sentiments et les émotions des autres.
- ⇒ Ils s'isolent ; en groupe on les voit absents des autres.
- ⇒ Même quand ils s'intéressent aux autres, ils le font de façon inadaptée et étrange. Il leur est pratiquement impossible de s'engager dans un jeu spontané de « faire semblant ».

⇒ Ils ont du mal à partager les pensées et émotions des autres, manifestent peu d'intérêt pour les jeux collectifs ou d'imitation, et leur manière de jouer est souvent idiosyncratique, freinant les relations avec les pairs.

⇒ Les enfants autistes montrent aussi une altération des comportements non verbaux (peu de mimiques, évitement du regard), une difficulté à maintenir des relations sociales, et une réciprocité sociale et émotionnelle limitée.

⇒ Ils peuvent paraître socialement retirés ou, au contraire, avoir des sollicitations sociales inadaptées.

⇒ Ces difficultés entraînent souvent un sentiment de solitude et une maladresse dans les échanges sociaux, avec des interactions souvent perçues comme à sens unique. (<https://www.agirpurlautisme.org>)

3. Les caractéristiques émotionnelles chez l'enfant autiste:

Les enfants avec autisme expriment souvent leurs sentiments de manière très extrême. On peut voir chez elles des accès de fourire, des réactions de panique ou des accès de colère importants, à tout âge. Il est également souvent question de changements d'humeur : elles sont en pleine crise de colère et quelques minutes plus tard, elles rient à gorge déployée. C'est comme s'il n'y avait pas de frein dans l'expression de leurs sentiments.

Ont aussi des difficultés à réguler leurs émotions, leur pensée. Elles sont moins capables de prédire et de comprendre les stimuli dans leur contexte. Cela s'applique non seulement aux stimuli venant de l'extérieur, mais aussi à ce qu'elles ressentent à l'intérieur. Elles ne peuvent pas très bien relativiser les choses.

Non seulement ils ont du mal à acquérir un langage pour exprimer leurs émotions, notamment les nuances des émotions, mais il leur est également difficile de comprendre quelle forme de communication est la plus appropriée dans un contexte donné.

L'expression faciale émotionnelle chez les autistes sont présentent des difficultés à reconnaître les émotions exprimées par des personnes neurotypiques, la réciproque est également vraie. Les autistes auraient recours à une utilisation atypique des comportements expressifs non-verbaux qui rendraient difficile leur reconnaissance par des personnes neurotypique. L'expression émotionnelle constitue le premier temps de la vie le seul moyen de communication

et d'interaction avec les pairs, par exemple les pleurs du nouveau-né induisent un ajustement comportemental et physiologique chez les parents.

Dans les premiers mois, les bébés commencent à produire des expressions émotionnelles faciales reconnaissables et à partir de 3 ans ils commencent à réguler les expressions émotionnelles de façon ajustées.

C'est d'ailleurs autour de l'âge de 3 ans que le diagnostic d'autisme peut être réalisé, et se base sur l'évaluation d'un certain nombre de particularités touchant notamment le comportement expressif que ce soit les expressions faciales ou la gestuelle corporelle.

Avant l'âge de 3 ans les enfants qui seront par la suite diagnostiqués « autistes » ne semblent pas manifester de déficit particulier dans l'expression émotionnelle. Les particularités dans l'expression émotionnelle apparaîtront ensuite, avec une expressivité souvent rapportée comme étant neutre et peu intense voire étrange associée à des mouvements réduits des muscles du système musculoaponévrotique superficiel. De plus, certains enfants avec un TSA auraient tendance à exprimer de façon atypique leurs émotions, comme par exemple rire de manière inappropriée en dehors d'un contexte d'interaction sociale ou en ayant du mal à exprimer leur joie dans un contexte plaisant. (PDF intitulé sur les émotions dans le trouble du spectre de l'autisme)

4. Les catégories des habiletés sociales:

Les habiletés sociales se définissent par des comportements spécifiques qui permettent d'interagir efficacement et de façon appropriée avec les autres, d'entrer en contact, de bien s'entendre avec eux, de se faire des amis, de travailler avec d'autres, de prendre sa place au sein d'un groupe.

Elles sont classées en 4 catégories :

4.1/ Les habiletés pro sociales:

Les habiletés pro sociales regroupent des comportements volontaires visant à créer et maintenir des relations positives. Elles incluent des gestes simples comme dire bonjour, sourire, saluer, partager ses affaires, aider quelqu'un en difficulté, complimenter ou coopérer dans un groupe. Par exemple, un enfant qui partage un jouet ou qui propose son aide à un camarade développe ces compétences. Ces comportements reposent sur l'empathie, la capacité à comprendre les émotions d'autrui et à agir pour leur bien-être. L'apprentissage de ces habiletés favorise la confiance, l'entraide et la cohésion sociale, éléments essentiels pour se faire des amis et s'intégrer dans un

groupe. Elles s'acquièrent souvent par imitation, mais nécessitent parfois un enseignement explicite, notamment chez les enfants présentant des troubles du neuro-développement.

(<https://www.preventiondesdependances.org>)

4.2/ Les habiletés de communication:

Les habiletés de communication englobent la capacité à exprimer clairement ses émotions, besoins et désirs, tout en comprenant ceux des autres. Elles ne se limitent pas au langage verbal, mais incluent aussi le langage non verbal : expressions faciales, posture, ton de la voix, gestes. Savoir engager une conversation, écouter activement, poser des questions, répondre de manière adaptée, faire des demandes polies, et reformuler pour s'assurer de la compréhension sont des compétences clés. La reconnaissance et l'expression des émotions, ainsi que la capacité à interpréter celles des interlocuteurs, permettent d'ajuster son discours et ses comportements en fonction du contexte social. Ces compétences sont fondamentales pour éviter les malentendus, créer des échanges riches et durables, et développer des relations de qualité.

(<https://www.preventiondesdependances.org>)

4.3/ Les habiletés d'auto-contrôle de ses émotions et de ses comportements :

L'auto-contrôle est la capacité à réguler ses émotions et ses comportements pour s'adapter aux règles sociales et aux attentes du groupe. Cela comprend la maîtrise de soi face à des impulsions, la capacité à se calmer après une frustration, à tolérer les délais et les attentes, à accepter un refus sans colère, à gérer la frustration et à s'adapter aux changements ou interruptions. Par exemple, un enfant qui sait attendre son tour pour jouer ou qui accepte un « non » sans s'énervier manifeste un bon contrôle émotionnel. Ces habiletés sont essentielles pour éviter les conflits, maintenir des relations harmonieuses et favoriser l'autonomie sociale. Elles se développent progressivement et peuvent être renforcées par des exercices spécifiques, des jeux de rôle ou des discussions guidées.

(<https://www.preventiondesdependances.org>)

4.4/ Les habiletés de résolution des problèmes / conflits:

Ces habiletés concernent la capacité à gérer efficacement les situations conflictuelles ou problématiques. Elles impliquent d'abord d'identifier clairement le problème ou le désaccord, puis d'exprimer calmement ses besoins et sentiments. Savoir écouter le point de vue de l'autre, chercher ensemble des solutions, négocier, faire des compromis et appliquer les décisions prises sont des étapes clés. Par exemple, lors d'un conflit pour un jouet, un enfant peut apprendre à proposer

un partage ou un échange plutôt que de s'imposer. Ces compétences permettent de maintenir des relations durables, d'éviter l'escalade des conflits et de favoriser un climat social apaisé. Elles sont souvent travaillées en groupe, par des jeux de rôle et des scénarios sociaux, pour développer la compréhension des conséquences de ses actes et la responsabilité sociale.

L'acquisition des habiletés sociales est un processus progressif qui s'appuie sur l'observation, l'imitation, l'expérience et parfois un enseignement explicite. Pour la majorité des enfants, ces compétences se développent naturellement dans les interactions quotidiennes. Cependant, pour les enfants présentant des troubles du neurodéveloppement, comme l'autisme, l'apprentissage doit souvent être structuré, avec des supports adaptés (images, jeux, mises en situation) et un accompagnement spécialisé. Le renforcement positif, les répétitions et les activités ludiques sont des outils efficaces pour faciliter cet apprentissage et favoriser l'inclusion sociale.

(<https://www.preventiondesdependances.org>).

5. Les difficultés sociales chez l'enfant autiste :

Les difficultés sociales chez l'enfant autiste sont un des traits centraux du trouble du spectre de l'autisme (TSA). Elles se manifestent dès le plus jeune âge et évoluent tout au long de la vie, influencées par le développement cognitif, langagier et émotionnel de l'enfant, ainsi que par son environnement social et éducatif. Ces difficultés ne sont pas homogènes et varient selon le profil de chaque enfant, la sévérité du trouble et la présence éventuelle d'autres comorbidités. Elles impactent la capacité à comprendre, initier et maintenir des interactions sociales, ainsi qu'à s'adapter aux règles implicites des échanges humains.

5.1/ Difficultés sociales au préscolaire:

Dès la petite enfance, les premiers signes des difficultés sociales chez l'enfant autiste peuvent être observés. Un faible contact visuel est souvent l'un des premiers indicateurs : l'enfant évite ou ne maintient pas le regard lors des interactions, ce qui limite la connexion sociale et la transmission d'informations émotionnelles. Lorsqu'on l'appelle par son nom, il peut ne pas réagir ou répondre de manière inappropriée, signe d'une difficulté à orienter son attention vers autrui.

L'enfant autiste présente souvent des difficultés à partager l'attention conjointe, c'est-à-dire à diriger son regard ou son intérêt vers un objet ou un événement en même temps qu'un adulte ou un pair, un mécanisme fondamental pour l'apprentissage social et langagier. Par exemple, il peut ne pas

suivre le regard ou le pointage d'un adulte, ce qui entrave l'acquisition du langage et la compréhension des intentions d'autrui.

L'imitation, qui est un pilier du développement social et cognitif, est également altérée : l'enfant peut ne pas reproduire les gestes, les expressions faciales ou les sons produits par les autres. Cette incapacité limite son apprentissage des comportements sociaux et des règles implicites.

Sur le plan comportemental, certains enfants restent socialement indifférents, ne manifestant ni rejet ni intérêt particulier pour les autres, ce qui peut être perçu comme un isolement passif. D'autres, notamment ceux avec un syndrome d'Asperger ou un autisme de haut niveau, montrent une rigidité sociale marquée. Ils insistent sur la permanence des objets ou des routines, et peuvent avoir des réactions émotionnelles intenses (crises de colère, effondrements) lors de changements imprévus ou de transitions. Cette rigidité se traduit aussi par un besoin de contrôler le jeu ou les activités avec leurs pairs, refusant souvent de suivre les règles ou les consignes, ce qui peut générer des conflits et renforcer leur isolement social.

Ces difficultés précoces limitent l'acquisition des bases nécessaires à l'interaction sociale, compromettant le développement du langage fonctionnel et la construction des premières relations amicales. (PDF intitulé sur comprendre les défis sociaux liés aux troubles du spectre de L'autisme)

5.2 / Difficultés sociales à l'âge scolaire:

À l'entrée à l'école, les exigences sociales se complexifient, et les difficultés des enfants autistes peuvent devenir plus visibles et problématiques. En l'absence d'une prise en charge précoce et adaptée, les troubles persistent et s'amplifient face à la nécessité d'interagir avec un groupe plus large et de respecter des règles sociales plus strictes.

Les enfants autistes manifestent souvent un intérêt limité pour le jeu avec leurs pairs, préférant des activités solitaires ou répétitives. Ils ont du mal à initier des interactions sociales ou à répondre aux invitations à jouer, ce qui peut être interprété comme un désintérêt ou un rejet par les autres enfants.

Leur manière d'interagir est souvent perçue comme immature ou inappropriée : ils peuvent envahir l'espace personnel des autres sans en percevoir la gêne, toucher ou manipuler les autres de façon maladroite, ou encore adopter des comportements agressifs lorsqu'ils sont frustrés. Ces maladresses sociales entraînent fréquemment des rejets ou des moqueries de la part des pairs.

Les échecs répétés dans les interactions sociales peuvent conduire à un retrait ou à un évitement des situations sociales, aggravant leur isolement. Lorsqu'ils parviennent à se faire des amis, ces relations sont souvent fragiles et déséquilibrées : les amis acceptent que l'enfant autiste contrôle le jeu ou les échanges, mais les difficultés à maintenir une conversation, à partager des intérêts communs ou à comprendre les codes sociaux rendent les amitiés instables.

Ces difficultés sociales à l'âge scolaire peuvent également avoir un impact sur la scolarité, la confiance en soi et le bien-être émotionnel de l'enfant, augmentant le risque de troubles anxieux ou dépressifs. (PDF intitulé sur comprendre les défis sociaux liés aux troubles du spectre de L'autisme)

5.3/ Difficultés sociales à l'adolescence :

L'adolescence est une période particulièrement délicate pour les jeunes autistes. L'isolement social s'accroît souvent, en partie à cause des attentes sociales plus élevées et de la complexité croissante des relations interpersonnelles.

Les adolescents avec un autisme sévère ou des troubles cognitifs importants conservent fréquemment des comportements et intérêts typiques de la petite enfance, ce qui peut renforcer la stigmatisation et le rejet social. Leur difficulté à comprendre les codes sociaux, les nuances du langage, et à gérer leurs émotions complique davantage leurs interactions.

À l'inverse, les adolescents avec de meilleures compétences linguistiques et cognitives peuvent être plus conscients de leurs différences et développer des stratégies pour masquer ou compenser leurs difficultés sociales. Cependant, cette conscience accrue est souvent source d'anxiété, de frustration et d'une faible estime de soi.

Beaucoup ont vécu des expériences de rejet, d'intimidation ou de harcèlement à l'école, ce qui peut favoriser l'apparition d'anxiété sociale, de troubles obsessionnels-compulsifs ou de dépression. Ces adolescents tendent alors à se replier sur eux-mêmes, passant plus de temps seuls ou avec des adultes partageant leurs centres d'intérêt, ce qui limite leurs opportunités d'apprentissage social et d'intégration.

Le manque d'amitiés solides et la difficulté à s'insérer dans des groupes de pairs peuvent également compliquer la transition vers l'âge adulte, notamment en termes d'autonomie sociale et professionnelle. (PDF intitulé sur comprendre les défis sociaux liés aux troubles du spectre de L'autisme)

5.4/ Difficultés sociales à l'âge adulte :

À l'âge adulte, les difficultés sociales liées au TSA persistent souvent, et la pression pour atteindre une autonomie complète dans la vie personnelle, sociale et professionnelle peut accentuer les défis.

Les environnements sociaux deviennent plus complexes et exigeants, avec des situations souvent bruyantes, surpeuplées ou imprévisibles qui peuvent provoquer une surcharge sensorielle importante. Cette hypersensibilité sensorielle rend difficile la concentration, la compréhension des échanges et la participation à des activités de groupe, entraînant frustration, anxiété et parfois des comportements d'évitement ou des réactions inadaptées.

Les malentendus sociaux sont fréquents, car les codes implicites et les subtilités des interactions restent difficiles à maîtriser. Ces incompréhensions peuvent générer des conflits, du stress et un sentiment d'exclusion.

Par ailleurs, un nombre non négligeable d'adultes autistes ne sont diagnostiqués que tardivement, ce qui retarde l'accès à un accompagnement adapté et complique leur insertion sociale et professionnelle. Sans soutien, ils peuvent éprouver des difficultés à construire des relations amicales ou amoureuses, à maintenir un emploi stable, et à gérer les exigences sociales de la vie quotidienne.

L'accompagnement continu, personnalisé et multidisciplinaire est donc essentiel pour aider ces adultes à développer leurs compétences sociales, à gérer les situations complexes et à améliorer leur qualité de vie. (PDF intitulé *sur comprendre les défis sociaux liés aux troubles du spectre de L'autisme*)

6. Les outils pour l'enseignement des habiletés sociales :

Les habiletés sociales essentielles à enseigner à l'enfant autiste incluent la capacité à initier, répondre, changer de sujet et terminer une conversation de manière appropriée. Il est également important qu'il apprenne à reconnaître et à comprendre les indices sociaux non verbaux tels que le regard, les gestes, la voix et la posture, qui sont souvent difficiles à percevoir pour lui. La compréhension des pensées et des intentions des autres est un apprentissage clé, car elle permet de mieux prédire les réactions d'autrui et d'adapter son propre comportement. Par ailleurs, l'enfant doit apprendre explicitement les règles sociales implicites, ou « curriculum caché », propres à chaque contexte, car il ne peut pas les deviner seul. Le développement de ces compétences favorise une

meilleure participation à la vie familiale et améliore la qualité des relations avec les proches. Ces apprentissages demandent du temps et doivent être décomposés en étapes progressives, notamment pour l'identification des émotions et la lecture des indices sociaux, souvent soutenus par des outils et interventions spécialisées.

☞ **Outils pour aider les enfants autistes à comprendre les situations sociales :**

6.1/ Scénarios sociaux :

Les scénarios sociaux, développés par Carol Gray, sont des outils pédagogiques sous forme d'histoires courtes et personnalisées qui décrivent une situation sociale spécifique dans laquelle l'enfant autiste peut rencontrer des difficultés. Chaque scénario met en lumière les indices sociaux essentiels - comme le regard, les gestes, la posture, le ton de la voix ou les expressions faciales - et explique de manière claire et simple ce qui se passe, pourquoi cela se passe ainsi, et comment l'enfant peut réagir de façon appropriée. Ces histoires sont adaptées au niveau de compréhension de l'enfant, avec un vocabulaire simple et des phrases courtes, et peuvent être enrichies par des illustrations, des pictogrammes ou des photos, ce qui est particulièrement utile pour les enfants non lecteurs ou ayant des difficultés langagières. La construction des scénarios suit une progression logique : introduction de la situation, description des comportements attendus, explication des raisons de ces comportements, et encouragements à les adopter. Cette méthode permet à l'enfant de se préparer mentalement à des situations sociales anxiogènes ou inconnues, de réduire son stress, et d'acquérir progressivement des automatismes sociaux. Par exemple, un scénario social peut expliquer comment se comporter lors d'une visite chez le médecin, en détaillant le déroulement, les attentes, et les réactions appropriées. (PDF intitulé **sur Guide de notion de base en matière d'habiletés sociales 2009**)

6.2/ Situations-Options-Conséquences-Choix-Stratégies-Simulation:

La méthode SOCCSS, développée par Jan Roosa, est une démarche structurée en six étapes qui aide l'enfant à analyser une situation sociale vécue, qu'elle ait eu une issue positive ou négative. Cette approche explicite un processus de réflexion souvent intuitif chez les neurotypiques, mais difficile à automatiser pour les enfants autistes. La première étape consiste à décrire objectivement la situation, en se concentrant sur les faits sans jugement. Ensuite, l'enfant identifie plusieurs options possibles pour réagir ou agir dans cette situation. La troisième étape l'invite à anticiper les conséquences potentielles de chaque option, en évaluant les résultats positifs ou négatifs. Puis, il choisit la meilleure option en fonction de cette analyse. La cinquième étape consiste à élaborer des

stratégies concrètes pour mettre en œuvre ce choix, par exemple en utilisant des techniques de respiration pour gérer le stress. Enfin, la dernière étape propose de simuler cette stratégie à travers un jeu de rôle ou une mise en situation contrôlée, afin de renforcer la confiance et la maîtrise. Cette méthode développe la prise de décision sociale, la flexibilité comportementale et la capacité à anticiper les effets de ses actions. Par exemple, après une dispute avec un camarade, l'enfant peut apprendre à identifier différentes façons de réagir, à comprendre les conséquences de chacune, puis à choisir et pratiquer la réponse la plus adaptée. (PDF intitulé sur Guide de notion de base en matière d'habiletés sociales 2009)

6.3/ Autopsie sociale :

L'autopsie sociale est un exercice d'analyse approfondie d'une interaction sociale qui s'est mal déroulée, visant à comprendre les causes de l'échec et à en tirer des enseignements pour l'avenir. Le terme « autopsie » est emprunté à la médecine et signifie ici une analyse détaillée et rigoureuse. Dans cet exercice, l'enfant est invité à décrire précisément la situation, en identifiant ce qui a bien fonctionné et les erreurs commises. Il réfléchit ensuite aux personnes affectées par ces erreurs, y compris lui-même et les autres participants. Cette prise de conscience favorise l'empathie et la responsabilité. L'enfant propose alors différentes solutions pour éviter que ces erreurs ne se reproduisent, en s'appuyant sur ses expériences passées et sur les conseils reçus. Enfin, il élabore un plan d'action concret, avec ou sans aide, pour mieux gérer ce type de situation à l'avenir. Cette méthode développe la métacognition sociale, c'est-à-dire la capacité à réfléchir sur ses propres comportements et leurs impacts, et encourage une attitude proactive face aux difficultés sociales. Par exemple, après un conflit à la récréation, l'enfant peut analyser ce qui a déclenché la dispute, identifier ses erreurs comme le fait d'avoir crié, comprendre l'effet produit sur son camarade, et préparer un plan pour mieux gérer ses émotions et éviter une nouvelle confrontation. (PDF intitulé sur Guide de notion de base en matière d'habiletés sociales 2009)

6.4/ Simulations et jeux de rôle :

Les simulations et jeux de rôle sont des méthodes d'apprentissage par la pratique qui offrent à l'enfant un environnement sécurisé et contrôlé pour expérimenter et comprendre les comportements sociaux. Le jeu de rôle invite l'enfant à incarner un personnage dans une situation donnée, favorisant ainsi le développement de l'empathie, de la spontanéité et des compétences relationnelles. Cette approche laisse une grande liberté d'improvisation, permettant à l'enfant d'explorer différentes réactions, tout en travaillant la communication verbale, le regard, et la gestion

des émotions. En parallèle, la simulation propose une reproduction plus structurée et fidèle d'une situation réelle, avec des règles et contraintes précises. Elle aide l'enfant à développer des stratégies sociales concrètes, à renforcer ses fonctions exécutives telles que la mémoire de travail et le contrôle inhibiteur, et à apprendre l'autorégulation nécessaire au respect des normes sociales. Ces deux techniques, souvent combinées, offrent l'avantage de permettre des répétitions sans risque de jugement ni d'échec, ce qui consolide la confiance en soi et facilite la généralisation des compétences sociales dans la vie quotidienne. En somme, le jeu de rôle travaille l'aspect émotionnel et empathique des interactions, tandis que la simulation vise la maîtrise pragmatique des situations sociales, contribuant ainsi à un apprentissage complet et efficace des comportements sociaux chez l'enfant. (PDF intitulé sur Guide de notion de base en matière d'habiletés sociales 2009)

6.5/ Carte aide-mémoire :

Les cartes aide-mémoire sont des supports visuels conçus pour être petits, pratiques et facilement transportables, afin que l'enfant puisse les consulter rapidement et discrètement lors de situations sociales. Elles contiennent des dessins, pictogrammes, photos ou mots-clés qui rappellent des règles sociales essentielles, les étapes à suivre dans une situation spécifique, ou des stratégies efficaces pour gérer ses émotions et ses comportements. Ces cartes sont élaborées de manière simple et claire, adaptées au niveau de compréhension de l'enfant, ce qui leur permet d'offrir un soutien concret et immédiat. Ce soutien aide à réduire l'anxiété liée aux interactions sociales et encourage l'autonomie en fournissant des repères accessibles en temps réel.

Par exemple, une carte peut rappeler à l'enfant comment saluer poliment une personne, comment demander de l'aide de façon appropriée, ou comment gérer une frustration en utilisant des techniques de respiration profonde. Ces cartes sont souvent personnalisées en fonction des besoins spécifiques de chaque enfant, ce qui les rend particulièrement efficaces et motivantes. Elles peuvent également être mises à jour régulièrement pour suivre l'évolution des compétences et des situations rencontrées par l'enfant. En somme, ces cartes aide-mémoire constituent un outil précieux pour accompagner l'enfant autiste dans ses apprentissages sociaux, en lui fournissant des repères visuels concrets et facilement accessibles. (PDF intitulé sur Guide de notion de base en matière d'habiletés sociales 2009)

6.6/ Carte aide-mémoire pour le soutien aux conversations :

Les cartes aide-mémoire pour le soutien aux conversations sont des outils visuels conçus pour aider les enfants autistes à engager et maintenir des échanges verbaux variés et adaptés. Elles

se présentent sous forme de cartes illustrées ou de cartes avec des questions, des thèmes ou des phrases clés, permettant à l'enfant de disposer de suggestions concrètes pour débiter, poursuivre ou relancer une conversation. Par exemple, une carte peut proposer des questions comme « Quel est ton jeu préféré ? », « Qu'as-tu fait ce week-end ? » ou « Quel est ton animal favori ? », ce qui aide l'enfant à sortir de ses intérêts restreints et à aborder des sujets variés.

Ces cartes encouragent aussi l'enfant à prendre en compte les goûts, les opinions et les émotions de ses interlocuteurs, favorisant ainsi des échanges plus équilibrés et réciproques. Elles sont conçues pour être facilement manipulables et discrètes, ce qui permet à l'enfant de les consulter sans gêne lors d'une interaction sociale. L'utilisation régulière de ces cartes aide à structurer la prise de parole, à réduire l'anxiété liée à l'improvisation sociale, et à développer des compétences essentielles comme l'écoute active, la prise de tour de parole et la capacité à changer de sujet.

Certaines versions incluent également des cartes sur les émotions, afin d'aider l'enfant à reconnaître et exprimer ce qu'il ressent ou à identifier les émotions chez les autres, renforçant ainsi la compréhension émotionnelle et l'empathie. Enfin, ces supports peuvent être personnalisés selon les besoins et les centres d'intérêt de chaque enfant, ce qui les rend particulièrement efficaces pour favoriser la communication fonctionnelle et la participation sociale dans divers contextes du quotidien. (PDF intitulé sur Guide de notion de base en matière d'habiletés sociales 2009)

6.7/ Conversation écrite:

La méthode de la conversation écrite est une approche pédagogique particulièrement adaptée aux enfants autistes, qui consiste à décomposer une interaction sociale en trois dimensions clés: ce qui est dit (les paroles échangées), ce qui est ressenti (les émotions éprouvées par les participants), et ce qui est pensé (les intentions, jugements ou réflexions internes). En mettant ces éléments par écrit avec l'enfant, on rend visibles des aspects souvent abstraits ou invisibles dans une conversation ordinaire, ce qui facilite grandement la compréhension des nuances sociales complexes. Cette démarche invite l'enfant à prendre du recul par rapport à l'échange, à mieux saisir les motivations et les émotions des interlocuteurs, et à développer son empathie.

Le support écrit ainsi créé peut être relu à volonté, offrant un outil précieux pour la répétition, la mémorisation et l'intégration progressive des règles sociales. Pour les enfants qui bénéficient d'un appui visuel renforcé, cette méthode peut être enrichie par une version illustrée sous forme de bande dessinée, où les bulles de paroles et de pensées différencient clairement ce qui est

observable (les paroles, gestes) de ce qui est intérieur (émotions, pensées). Cette double lecture visuelle et textuelle aide l'enfant à décoder les messages implicites, à comprendre les non-dits, et à mieux anticiper les réactions dans les échanges sociaux futurs. Ainsi, la conversation écrite devient un outil concret et structurant, favorisant l'apprentissage des compétences sociales et la gestion des interactions dans la vie quotidienne. (PDF intitulé sur Guide de notion de base en matière d'habiletés sociales 2009)

6.8/ Conversation en bande dessinée :

La conversation en bande dessinée est une méthode conçue pour aider les enfants autistes à mieux comprendre et décoder les interactions sociales complexes. Elle utilise des dessins simples et des codes visuels pour représenter simultanément ce que les personnes disent, font, pensent et ressentent dans une situation donnée. Les bulles de paroles montrent le langage verbal, tandis que les bulles de pensées révèlent les pensées intérieures, souvent invisibles mais essentielles à la compréhension des échanges. L'utilisation de codes couleur, comme le rouge pour la colère ou le bleu pour la tristesse, rend les émotions plus visibles et compréhensibles, ce qui aide l'enfant à identifier et différencier les sentiments exprimés.

Ce support visuel rend tangibles des concepts abstraits tels que les intentions, les non-dits ou les émotions cachées, qui sont souvent difficiles à saisir pour les enfants autistes. Il sert aussi de base à la discussion entre l'enfant et ses parents, éducateurs ou thérapeutes, qui peuvent poser des questions ciblées pour approfondir la réflexion, clarifier les incompréhensions et encourager l'expression émotionnelle. Par exemple, en regardant une planche, l'adulte peut demander: « Que penses-tu que ce personnage ressent ? Pourquoi ? » ou « Que pourrait-il dire ou faire pour que l'autre se sente mieux ? Cette méthode est particulièrement adaptée aux enfants ayant une bonne compréhension visuelle et qui bénéficient d'un support concret pour décoder les échanges sociaux. Elle s'appuie sur l'expérience de Carol Gray, pionnière des scénarios sociaux, qui a développé ces conversations en bandes dessinées pour rendre les interactions plus accessibles aux élèves autistes. Les illustrations en couleurs, les symboles et la structure claire facilitent l'apprentissage progressif des règles sociales et des subtilités de la communication. En combinant cette méthode avec d'autres outils comme les scénarios sociaux ou les jeux de rôle, on peut mieux accompagner l'enfant dans le développement de ses compétences sociales et relationnelles. (PDF intitulé sur Guide de notion de base en matière d'habiletés sociales 2009)

6.9/ Livret de conversation:

Le livret de conversation est un outil de communication spécialement conçu pour les enfants peu ou pas verbaux, qui rencontrent des difficultés à s'exprimer oralement ou à engager des échanges sociaux spontanés. Ce livret regroupe de manière organisée une collection de photos, d'images, de pictogrammes et de mots représentant les personnes importantes dans la vie de l'enfant (famille, amis, éducateurs), ses activités favorites, ses centres d'intérêt, ainsi que des événements marquants ou réguliers (sorties, fêtes, routines). En proposant ces supports visuels concrets, le livret facilite les interactions sociales en permettant aux interlocuteurs de poser des questions simples auxquelles l'enfant peut répondre par oui/non, par choix d'images ou par gestes, même sans recourir à la parole.

Cet outil joue un rôle crucial pour élargir les échanges au-delà de l'instant présent, en introduisant des notions de temps passé, présent et futur, qui sont souvent abstraites et difficiles à appréhender pour ces enfants. Par exemple, il peut contenir des sections dédiées aux activités réalisées la veille, aux projets à venir, ou aux souvenirs partagés, ce qui enrichit la communication et favorise la construction d'un récit personnel. Le contenu du livret est régulièrement mis à jour et adapté à l'évolution des capacités, des intérêts et de l'âge de l'enfant, afin de rester pertinent, motivant et en phase avec son développement.

En favorisant une communication fonctionnelle, ce livret permet à l'enfant d'exprimer ses besoins, ses envies, ses émotions et ses opinions, contribuant ainsi à son autonomie et à sa participation sociale. Il respecte le rythme et les moyens de communication propres à chaque enfant, offrant un cadre rassurant et structurant pour les échanges. Utilisé en collaboration avec la famille, les éducateurs et les thérapeutes, le livret de conversation constitue un support précieux pour renforcer le lien social, réduire les frustrations liées à l'incompréhension, et encourager l'expression de soi dans un environnement bienveillant. (PDF intitulé **sur Guide de notion de base en matière d'habiletés sociales 2009**)

6.10/ Les émissions de télévision et les films :

Les émissions de télévision et les films constituent des supports d'apprentissage puissants et accessibles pour les enfants autistes, car ils offrent des représentations visuelles et narratives concrètes des interactions sociales, facilitant ainsi la compréhension des comportements appropriés et des erreurs sociales. Les comédies, comme la série « Mr Bean », où les émotions et maladresses sont volontairement exagérées, captent particulièrement l'attention des enfants autistes en rendant

les situations claires, mémorables et souvent humoristiques. Ce type de contenu permet de décoder les indices sociaux (expressions faciales, intonations, gestes) dans un contexte ludique, ce qui facilite la mémorisation et la généralisation des apprentissages.

Le visionnage de ces programmes est souvent accompagné de pauses régulières pour analyser ensemble les comportements observés, discuter des émotions des personnages, et envisager des alternatives plus adaptées. Cette démarche interactive favorise la réflexion, la prise de conscience des règles sociales implicites, et le développement de compétences sociales à travers des exemples concrets. Par ailleurs, certains films et séries documentaires, comme « Atypical » (Netflix), « Temple Grandin » ou « Rain Man », offrent une immersion dans le vécu des personnes autistes, mettant en lumière leurs particularités sociales, sensorielles et émotionnelles. Ces œuvres sensibilisent aussi les proches et le grand public, tout en aidant les enfants autistes à se reconnaître et à mieux comprendre leur propre fonctionnement.

Une autre approche consiste à filmer les interactions familiales ou scolaires de l'enfant pour ensuite analyser ces vidéos en groupe. Cette technique rend les situations sociales plus tangibles et concrètes, permettant d'observer les comportements en contexte réel, d'identifier les réussites et les difficultés, et de réfléchir collectivement aux stratégies d'adaptation. Cela favorise l'auto-observation, la prise de conscience et la mise en place de comportements plus adaptés. (PDF intitulé sur Guide de notion de base en matière d'habiletés sociales 2009)

6.11/ Périodes de jeux avec un ami (« play dates »)

Les « play dates », ou périodes de jeux avec un ami à la maison, représentent une stratégie d'intervention naturelle et essentielle pour développer les interactions sociales chez l'enfant autiste. Ces moments offrent un cadre familial, sécurisé et moins formel que l'école ou d'autres lieux, ce qui peut réduire l'anxiété et faciliter l'engagement social. Toutefois, pour les enfants autistes, ces rencontres ne se traduisent pas toujours immédiatement par des échanges sociaux riches: le jeu parallèle, où chaque enfant joue à côté de l'autre sans véritable interaction, est fréquent. Cela ne signifie pas un échec, mais plutôt une étape normale du développement social chez ces enfants, qui nécessite un accompagnement adapté.

Pour que ces « play dates » soient efficaces, il est important que l'adulte (parent, éducateur) prépare et structure ces rencontres. Cela peut inclure la sélection d'activités ou de jeux favorisant la coopération, la mise en place de règles claires et simples, et l'intervention douce pour encourager

l'enfant à initier le contact, partager, négocier ou exprimer ses émotions. Par exemple, proposer un jeu de construction à deux ou un jeu de société avec des règles simples peut inciter l'enfant à coopérer et à communiquer. L'adulte peut aussi modéliser les comportements sociaux attendus, guider les échanges, et valoriser les efforts de l'enfant.

Ces expériences répétées contribuent progressivement à développer des compétences sociales fondamentales telles que le partage, la gestion des conflits, la prise de tour de parole, et la reconnaissance des émotions chez soi et chez l'autre. Elles renforcent aussi la confiance en soi sociale de l'enfant et favorisent la création de liens amicaux durables, ce qui est un facteur clé d'inclusion sociale.

Par ailleurs, la recherche et les pratiques recommandent d'intégrer ces « play dates » dans un programme global d'intervention qui inclut des évaluations régulières des interactions sociales dans différents contextes (domicile, école, loisirs), et l'utilisation d'outils complémentaires comme les scénarios sociaux, les jeux de rôle, ou les supports visuels. L'objectif est de proposer un accompagnement personnalisé qui respecte le rythme, les forces et les besoins spécifiques de chaque enfant autiste. (PDF intitulé sur Guide de notion de base en matière d'habiletés sociales 2009)

Axe 2: Les compétences communicatives :

Préambule:

Chez l'enfant autiste, les compétences communicatives présentent des particularités liées au trouble du spectre autistique (TSA), caractérisé notamment par des difficultés dans la communication verbale et non verbale ainsi que dans les interactions sociales. Ces enfants peuvent avoir un langage atypique, incluant par exemple l'écholalie, un regard fuyant, ou encore des troubles dans l'imitation des gestes. La communication chez l'enfant autiste ne se développe pas toujours de manière linéaire : ils peuvent passer par les mêmes étapes que les enfants neurotypiques, mais dans un ordre différent ou avec des retards, et utilisent souvent plus de modes visuels ou alternatifs pour s'exprimer.

Le développement des compétences communicatives chez ces enfants nécessite souvent l'intervention de professionnels spécialisés, comme les orthophonistes, qui évaluent les compétences et proposent des outils adaptés, tels que le PECS (échange d'images) ou le Makaton, afin de faciliter l'expression et la compréhension. Ces compétences de base, ou socles, sont essentielles pour

favoriser l'intégration sociale et l'autonomie, en encourageant l'enfant à exprimer ses besoins, à utiliser des gestes communicatifs, et à établir un échange avec son entourage.

Ainsi, la communication chez l'enfant autiste est un domaine clé à travailler avec des méthodes spécifiques, adaptées à ses particularités, pour soutenir son développement global et son inclusion sociale.

1. Quelques Définitions:

1.1/ La communication:

La communication est le processus fondamental par lequel les individus et les entités échangent des informations. Ce processus peut impliquer une transmission de pensées, de messages, ou d'informations à travers divers moyens, incluant la parole, l'écriture, et les signaux non-verbaux. Le but principal de la communication est de transmettre des idées, des émotions, et des intentions de manière efficace pour faciliter la compréhension et la coopération. (<https://www.o-communication.com>)

Étymologie de « communication » : Le terme « communication » vient du latin *communicare*, qui signifie « partager », « rendre commun » ou « mettre en commun ». Ce terme latin est lui-même dérivé de *communis*, qui signifie « commun ». Ainsi, étymologiquement, la communication est l'acte de partager ou de mettre en commun des informations, des idées ou des sentiments. (<https://www.o-communication.com>)

En sociologie et en linguistique, la communication est l'ensemble des phénomènes qui peuvent intervenir lorsqu'un individu transmet une information à un ou plusieurs autres individus à l'aide du langage articulé ou d'autres codes (ton de la voix, gestuelle, regard, respiration...) (<https://www.toupie.org>)

1.2/ Les troubles de communication:

Un trouble de la communication est une altération de la capacité à recevoir, transmettre, traiter et comprendre des concepts ou des systèmes de symboles verbaux, non verbaux et graphiques. Un trouble de la communication peut se manifester au niveau de l'audition, du langage et/ou de la parole. Sa gravité peut varier de légère à profonde. (<https://www.asha.org>)

Un trouble de la communication englobe un ensemble de conditions qui affectent la capacité d'une personne à recevoir, envoyer, traiter ou comprendre des concepts ou des systèmes symboliques, comme le langage. Ces troubles incluent notamment la dysphasie, l'aphasie et le

mutisme sélectif, et impactent fréquemment les interactions sociales ainsi que les performances scolaires. (<https://fr.wikipedia.org>)

1.3/ Les troubles du langage:

Le trouble du langage correspond à des difficultés langagières persistantes qui ont un impact sur les apprentissages, l'estime de soi, la réussite éducative et les relations sociales. Il peut toucher plusieurs composantes du langage, comme le vocabulaire, la syntaxe ou la pragmatique, et se manifeste dès le plus jeune âge.

Le trouble développemental du langage, anciennement appelé dysphasie, est un trouble neurodéveloppemental qui entraîne des limitations importantes et durables dans l'expression orale (prononciation, construction des phrases) ou la compréhension du langage oral. Ce trouble ne s'explique pas par d'autres déficits et persiste malgré les interventions. (<https://www.aqnp.ca>)

Les troubles du langage correspondent à un retard dans l'acquisition du langage, avec un décalage dans la chronologie normale de l'apprentissage (par exemple, apparition tardive des premiers mots ou des phrases). Ils affectent l'expression et parfois la compréhension, impactant les apprentissages scolaires. Avec une rééducation précoce, le retard peut souvent être comblé. (<https://www.naitreetgrandir.com>)

2. Les caractéristiques linguistiques chez l'enfant autiste:

⇒ Difficulté à amorcer une conversation de manière conventionnelle (sans salutation ni vérification de la disponibilité de l'interlocuteur).

⇒ Langage verbal souvent retardé, parfois absent.

⇒ Écholalie fréquente : répétition immédiate ou différée de mots, phrases ou syllabes entendues, parfois hors contexte.

⇒ Difficulté à engager et à soutenir une conversation, avec peu d'initiatives ou d'interactions réciproques.

⇒ Peu ou pas de pointage et d'expressions faciales, faible attention au langage.

⇒ Mutisme situationnel possible.

⇒ Difficultés à comprendre le langage figuré, les doubles sens, les sous-entendus.

⇒ Inversion des pronoms personnels et des déterminants possessifs (ex: dire « tu » au lieu de « je »).

- ⇒ Usage de jargon ou de phrases sans valeur communicative claire.
- ⇒ Difficulté à initier, maintenir ou terminer une conversation, parfois avec des discours longs et très détaillés sur un sujet spécifique.
- ⇒ Modulation atypique de la voix, débit et rythme particuliers.
- ⇒ Certaines catégories de mots peuvent être plus développées que d'autres, avec un vocabulaire parfois technique ou spécifique.
- ⇒ Troubles moteurs associés comme l'apraxie ou la dyspraxie peuvent affecter la parole.
- ⇒ Indifférence aux questions posées, peu de réponses adaptées. (<https://www.chusj.org>)

3. Les types de communication:

3.1/ La communication visuelle :

La communication visuelle est l'ensemble des techniques, pratiques et moyens permettant de transmettre un message ou une information principalement à travers des éléments perceptibles par la vue, tels que les images, illustrations, graphismes, couleurs, formes, typographies, pictogrammes ou vidéos. Elle englobe aussi bien les supports imprimés (affiches, flyers, signalétiques) que numériques (publicités en ligne, réseaux sociaux, webdesign) et joue un rôle central dans la stratégie de communication des entreprises, des institutions ou des associations.

La communication visuelle vise à capter l'attention, à informer, à séduire, à signaler ou à renforcer l'image d'une marque ou d'une organisation, en s'appuyant sur des codes universels et des principes graphiques (équilibre, contraste, hiérarchie de l'information, harmonie des compositions, lisibilité). Elle permet de diffuser des messages explicites ou implicites, d'émouvoir, de persuader ou de sensibiliser un public large, en franchissant les barrières linguistiques et culturelles grâce à la puissance évocatrice de l'image.

Dans la pratique, la communication visuelle fait intervenir des professionnels comme les directeurs artistiques, graphistes et infographistes, qui conçoivent et réalisent les visuels en fonction des objectifs et du public cible. Cette discipline, à la croisée de l'art et de la stratégie, s'impose comme un langage universel, essentiel pour transmettre efficacement des idées, des valeurs ou des émotions dans tous les domaines de la vie contemporaine. (<https://www.tpdemain.com>)

3.2/ La communication écrite:

La communication écrite est un mode d'échange d'informations qui consiste à produire un message sous forme de texte, soit manuscrit, soit numérique, via des supports variés comme le papier, le courrier électronique, les notes ou les rapports. Elle nécessite une maîtrise rigoureuse de l'orthographe, de la grammaire et de la syntaxe, ainsi qu'une capacité à structurer clairement sa pensée pour transmettre un message précis, cohérent et compréhensible. Contrairement à la communication orale, la communication écrite est différée : le récepteur lit le message sans la présence immédiate de l'émetteur, ce qui exige que le texte soit autonome, complet et sans ambiguïté, car il ne peut pas être clarifié instantanément. Pour cela, le message doit être organisé selon un plan logique comprenant une introduction qui situe le contexte, un développement exposant les informations principales, et une conclusion qui précise la suite à donner ou la demande formulée.

La communication écrite est utilisée aussi bien dans la vie quotidienne (textos, mails) que dans des contextes formels, notamment administratifs, professionnels ou universitaires, où elle joue un rôle essentiel pour garder une trace durable des échanges. Elle demande aussi la maîtrise des règles de présentation et de formalisme propres à chaque type de document, comme la mise en page d'un courrier, d'un mail, d'un rapport ou d'un CV. Par ailleurs, la communication écrite favorise la réflexion, car elle laisse au récepteur le temps d'analyser le contenu avant de réagir, et permet d'adresser simultanément un message à plusieurs destinataires. Cependant, son principal inconvénient est l'absence de rétroaction immédiate, ce qui peut entraîner des malentendus ou des interprétations erronées. Enfin, la qualité rédactionnelle, la clarté, la concision et l'adaptation du style au public cible sont des éléments clés pour assurer l'efficacité de la communication écrite et valoriser l'image de l'émetteur ou de l'organisation. (<https://www.tpdemain.com>)

3.3/ La communication verbale:

La communication verbale est un mode d'échange fondamental qui repose sur l'utilisation du langage parlé ou signé pour transmettre des informations, des idées, des émotions et des intentions entre deux personnes ou plus. Elle englobe non seulement les mots prononcés, mais aussi des éléments paralinguistiques essentiels tels que le ton de la voix, l'intonation, le rythme, la prononciation, le volume, ainsi que la vitesse d'élocution. Ces composantes influencent fortement la manière dont le message est perçu et compris, car elles véhiculent des nuances émotionnelles et des attitudes, parfois plus importantes que le contenu verbal lui-même. La communication verbale

inclut également la langue des signes, qui utilise un système codifié de gestes pour permettre la communication entre personnes sourdes ou malentendantes.

Ce mode de communication est le plus courant dans les interactions humaines, que ce soit en face à face, au téléphone ou via des outils numériques comme la visioconférence. Il est apprécié pour sa rapidité et sa capacité à permettre un échange dynamique, interactif et immédiat, favorisant la clarification instantanée des messages et la gestion des malentendus. Cependant, la communication verbale peut aussi être source de malentendus, car le sens d'un message dépend souvent du contexte, du choix des mots, du ton employé et de la capacité des interlocuteurs à écouter activement.

Dans le cadre professionnel, la maîtrise de la communication verbale est cruciale pour établir des relations efficaces, transmettre clairement des consignes, négocier, convaincre ou résoudre des conflits. Elle nécessite des compétences variées, allant de la capacité à parler clairement et distinctement à l'aptitude à adapter son langage au public, en choisissant un vocabulaire approprié et en modulant sa voix pour maintenir l'attention et exprimer ses émotions avec justesse. La communication verbale s'accompagne souvent de la communication non verbale (expressions faciales, posture, gestes), qui complète et enrichit le message transmis.

La communication verbale peut être spontanée, comme dans une conversation informelle, ou planifiée, comme lors d'un discours, d'une présentation ou d'un entretien. Dans ces cas, la préparation, la structuration du discours et la gestion du stress jouent un rôle important pour assurer l'efficacité et la clarté du message. Ainsi, la communication verbale est un processus complexe et multidimensionnel, essentiel à la compréhension mutuelle et à la construction des relations humaines dans tous les domaines de la vie. (<https://www.tpdemain.com>)

3.4/ La communication non verbale:

La communication non verbale désigne l'ensemble des échanges d'informations qui ne passent pas par les mots, mais par des signaux corporels, visuels, auditifs ou même physiologiques, souvent émis de manière consciente ou inconsciente. Elle comprend la gestuelle (mouvements des mains, bras), les postures corporelles, les expressions faciales (mimiques, micro-expressions, tics, grimaces), l'orientation et l'intensité du regard, ainsi que le ton, le rythme et le volume de la voix. À cela s'ajoutent des manifestations physiologiques comme la transpiration, les rougeurs ou les tremblements, qui traduisent des émotions ou un état intérieur. La communication non verbale inclut

aussi des éléments liés à l'apparence physique (habillement, maquillage, tatouages), à l'espace personnel (distance entre interlocuteurs) et au contact physique (poignées de main, caresses).

Ce langage corporel est souvent inconscient et constitue un reflet spontané des émotions, des intentions et de la personnalité d'un individu, parfois plus fiable que les mots. Il joue un rôle fondamental dans la régulation des interactions sociales, en complétant, renforçant, nuanciant ou même contredisant le message verbal. Par exemple, un sourire peut adoucir une critique, tandis qu'un regard fuyant peut trahir un malaise ou un mensonge. La communication non verbale facilite aussi la coordination des échanges, en indiquant quand il est approprié de parler ou d'écouter, et en créant un climat de confiance ou de tension.

Elle est universelle dans ses mécanismes de base, bien que certains gestes ou postures puissent varier culturellement, modifiant leur signification selon les contextes sociaux. Par ailleurs, la communication non verbale est extrêmement rapide et instinctive, agissant souvent à un niveau subliminal, ce qui en fait un outil puissant dans les relations humaines, la négociation, le leadership ou encore le recrutement. En résumé, la communication non verbale est un langage riche, multidimensionnel et incontournable, qui représente plus de 90 % de la communication interpersonnelle et révèle bien plus que les mots sur ce que ressent et pense réellement une personne.

(<https://www.tpdemain.com>)

3.5/ La communication para verbale :

La communication para verbale constitue une dimension essentielle de la communication non verbale qui englobe tous les éléments vocaux accompagnant le langage parlé, sans en modifier le sens sémantique. Elle comprend principalement le ton de la voix, le rythme, le débit, le volume, l'intonation, l'articulation, ainsi que la gestion des silences ou pauses dans une conversation. Ces paramètres façonnent la manière dont un message est perçu et interprété, jouant un rôle crucial dans la transmission des émotions, des attitudes et des intentions du locuteur. Par exemple, un même contenu verbal peut être perçu comme chaleureux, agressif, hésitant ou confiant selon la modulation de la voix et le choix des pauses.

Le ton exprime l'état émotionnel (joie, colère, tristesse, mécontentement) et influence la réception du message, tandis que le rythme et le débit peuvent traduire l'enthousiasme, le stress ou la réflexion. Un débit trop rapide peut nuire à la compréhension, alors qu'un débit lent peut suggérer l'hésitation ou la maîtrise. Le volume joue aussi un rôle important : une voix trop forte peut paraître

agressive, une voix trop basse peut rendre le message inaudible ou manquer d'assurance. L'articulation claire facilite la compréhension et évite les malentendus. Par ailleurs, les silences bien placés sont des outils puissants qui permettent de marquer une pause pour réfléchir, renforcer un propos ou instaurer une certaine tension, notamment dans les négociations ou les échanges émotionnels.

La communication para verbale agit comme « l'habillage » des mots, révélant souvent plus que le contenu verbal lui-même sur les véritables sentiments et intentions du locuteur. Elle complète, nuance ou parfois contredit le message verbal, contribuant à la richesse et à la complexité des interactions humaines. Dans le contexte professionnel, maîtriser la communication para verbale est un atout majeur pour convaincre, rassurer, motiver ou gérer des conflits. Les leaders et orateurs efficaces savent adapter leur modulation vocale pour capter l'attention et susciter l'adhésion. Enfin, la communication para verbale est intimement liée à la communication non verbale globale, incluant les expressions faciales et le langage corporel, formant un ensemble cohérent qui influence profondément la qualité des échanges interpersonnels. (<https://www.riseup.ai>)

4. Les facteurs de la communication verbale:

Le développement du langage verbal chez l'enfant est un processus graduel, multidimensionnel et dynamique qui s'étend de la petite enfance jusqu'à l'adolescence. Il englobe l'acquisition progressive et l'affinement de multiples compétences linguistiques : le vocabulaire, la grammaire, la syntaxe, la phonologie, la pragmatique, ainsi que la capacité à comprendre et à produire un langage adapté aux contextes sociaux et culturels. Ce processus est essentiel pour que l'enfant puisse communiquer efficacement, exprimer ses pensées, ses émotions, et interagir avec son environnement.

Cependant, ce développement ne se fait pas de manière isolée : il est influencé par une multitude de facteurs interconnectés qui agissent à différents niveaux - biologiques, cognitifs, sociaux et environnementaux. Comprendre ces facteurs est crucial pour accompagner au mieux l'enfant dans son apprentissage du langage et pour détecter précocement les éventuelles difficultés.

4.1 L'âge: une fenêtre critique pour la plasticité cérébrale

L'âge constitue un facteur fondamental et déterminant dans le développement du langage chez l'enfant, en raison de la plasticité cérébrale particulièrement élevée durant la petite enfance. Cette plasticité, souvent comparée à une éponge qui absorbe rapidement et efficacement les

informations, permet au cerveau immature de s'adapter et de se remodeler en fonction des stimulations reçues. La période critique pour l'acquisition du langage s'étend principalement de la naissance jusqu'à environ six ans, durant laquelle le cerveau est extrêmement réceptif aux sons, aux structures grammaticales, aux règles syntaxiques, ainsi qu'aux usages sociaux et pragmatiques du langage.

Durant cette fenêtre temporelle, les enfants franchissent rapidement plusieurs étapes clés du développement langagier. Vers l'âge de 12 mois, ils commencent à prononcer leurs premiers mots porteurs de sens, souvent liés à leur environnement immédiat, tels que « maman », « papa » ou des noms d'objets familiers. Entre 18 et 24 mois, ils passent à la phase de combinaison de mots, formant des phrases simples composées de deux ou trois mots qui expriment des demandes, des observations ou des besoins (« veux eau », « papa parti »). Cette étape marque le début de la structuration syntaxique et de l'organisation logique du discours.

Entre 3 et 5 ans, la complexité du langage s'accroît considérablement. L'enfant construit des phrases plus longues et grammaticalement correctes, enrichit son vocabulaire de manière exponentielle, et commence à maîtriser les règles morphosyntaxiques, telles que la conjugaison des verbes, l'accord des adjectifs et l'utilisation des pronoms. Il développe également des compétences pragmatiques, adaptant son discours selon le contexte et l'interlocuteur, et est capable de raconter des histoires simples, poser des questions complexes et exprimer des idées abstraites.

Au-delà de cette période critique, la plasticité cérébrale diminue progressivement, ce qui rend l'apprentissage du langage, surtout d'une langue seconde, plus difficile, moins spontané et souvent plus long. Chez l'adulte, l'acquisition d'une nouvelle langue nécessite davantage d'efforts conscients, de répétitions et d'exercices ciblés, car le cerveau est moins flexible et les circuits neuronaux sont plus stabilisés.

Ainsi, l'âge conditionne non seulement la vitesse d'acquisition du langage, mais aussi la qualité et la profondeur avec lesquelles les compétences linguistiques se développent, soulignant l'importance d'une stimulation précoce et adaptée pour maximiser le potentiel langagier de l'enfant.

<https://www.lepehochiminh.com>

4.2/ L'environnement familial:

L'environnement familial constitue un facteur déterminant dans le développement du langage chez l'enfant, car c'est principalement à travers les interactions avec les parents, les frères et sœurs, ainsi que les autres membres de la famille que l'enfant découvre et apprend à utiliser la langue. Ces échanges verbaux fréquents et variés offrent à l'enfant un véritable terrain d'apprentissage où il peut entendre, imiter et expérimenter le langage. La richesse du vocabulaire employé par les adultes, la diversité des phrases utilisées, ainsi que la qualité des conversations jouent un rôle essentiel pour stimuler la compréhension et l'expression orale. Par exemple, lorsque les parents nomment les objets, décrivent les actions ou racontent des histoires, ils fournissent à l'enfant des repères linguistiques qui facilitent la mémorisation et l'acquisition progressive de nouveaux mots et structures grammaticales. De plus, la lecture partagée d'albums ou de contes favorise non seulement l'enrichissement lexical, mais aussi le développement des capacités d'écoute, d'attention et de narration. Au-delà de la simple exposition au langage, la manière dont les parents répondent aux tentatives de communication de l'enfant, en reformulant ses propos, en posant des questions ou en encourageant ses initiatives, est déterminante pour renforcer la confiance de l'enfant et l'inciter à s'exprimer davantage. Par ailleurs, l'environnement familial ne se limite pas à la langue elle-même : les interactions affectives, la sécurité émotionnelle et le cadre social dans lesquels ces échanges ont lieu influencent aussi la motivation et les capacités de l'enfant à communiquer. Enfin, il est important de noter que le contexte socio-économique et culturel de la famille peut moduler la richesse et la fréquence des interactions langagières, ce qui explique en partie les différences observées dans le développement du langage entre enfants issus de milieux différents. En résumé, un environnement familial stimulant, riche en échanges verbaux et en activités langagières, constitue la base indispensable pour que l'enfant développe ses compétences linguistiques de manière harmonieuse et efficace. (<https://www.lepehochiminh.com>)

4.3/ Influences sociales et culturelles:

Les facteurs sociaux et culturels jouent un rôle essentiel dans le développement du langage chez l'enfant, car ils déterminent en grande partie la nature et la richesse des expériences linguistiques auxquelles il est exposé. La dynamique familiale, par exemple, influence la fréquence et la qualité des échanges verbaux: dans les familles où la communication est valorisée et encouragée, les enfants bénéficient d'interactions plus nombreuses et plus variées, ce qui favorise leur apprentissage du langage. À l'inverse, des relations familiales tendues ou un manque d'attention

portée à la communication peuvent limiter ces opportunités. Par ailleurs, le statut socio-économique des parents est un facteur déterminant, car il conditionne souvent l'accès à des ressources éducatives, la disponibilité des adultes pour dialoguer avec l'enfant, ainsi que la diversité du vocabulaire auquel l'enfant est confrontée. Les études montrent que les enfants issus de milieux favorisés entendent généralement un plus grand nombre de mots et sont exposés à des formes de langage plus complexes, ce qui facilite leur acquisition linguistique et leur réussite scolaire. Enfin, le contexte culturel dans lequel grandit l'enfant façonne également son développement langagier. Les pratiques culturelles, les croyances et les valeurs propres à chaque communauté influencent non seulement le type de langage utilisé (par exemple, l'importance accordée à la narration orale ou aux échanges formels), mais aussi les compétences pragmatiques, c'est-à-dire la manière dont l'enfant apprend à utiliser le langage dans différents contextes sociaux. Ainsi, le développement du langage ne peut être compris sans prendre en compte ces dimensions sociales et culturelles, qui interagissent pour modeler les expériences langagières de l'enfant et orienter son apprentissage.

(<https://www.lepehochiminh.com>)

4.4/ Facteurs cognitifs :

Les capacités cognitives jouent un rôle fondamental dans le développement du langage chez l'enfant, car elles constituent la base sur laquelle s'appuient les apprentissages linguistiques. Parmi ces capacités, l'attention est primordiale : elle permet à l'enfant de se concentrer sur les sons, les mots et les phrases qu'il entend, facilitant ainsi la compréhension et la mémorisation du langage. La mémoire, notamment la mémoire à court terme et la mémoire de travail, est également essentielle pour retenir les informations linguistiques, comme les mots nouveaux ou les structures syntaxiques, et pour les manipuler mentalement lors de la production orale. Par ailleurs, la capacité à résoudre des problèmes aide l'enfant à faire des liens entre les mots et les concepts, à comprendre les règles implicites du langage et à s'adapter aux différentes situations de communication. Ces compétences cognitives ne se développent pas isolément : elles sont stimulées et renforcées par l'éducation et les expériences variées que l'enfant vit au quotidien. Un environnement riche et structuré, qui propose des activités adaptées et encourage la curiosité, permet à l'enfant d'améliorer simultanément ses aptitudes cognitives et linguistiques. Cette progression conjointe favorise une communication plus claire, plus précise et plus adaptée, tout en contribuant au développement global des fonctions intellectuelles. Ainsi, le développement cognitif et le développement du langage sont étroitement liés et s'influencent mutuellement, formant un socle indispensable pour l'apprentissage et l'épanouissement de l'enfant. (<https://www.lepehochiminh.com>)

4.5/ Environnement d'apprentissage:

L'environnement dans lequel un enfant évolue pour apprendre le langage, que ce soit à la maison ou dans un cadre éducatif comme l'école maternelle, joue un rôle déterminant dans le développement de ses compétences linguistiques. Un environnement d'apprentissage immersif et enrichissant offre à l'enfant de multiples occasions d'entendre, d'expérimenter et de manipuler la langue, ce qui est indispensable pour renforcer sa maîtrise du vocabulaire, de la syntaxe et de la communication orale. À la maison, cela se traduit par des échanges réguliers avec les parents ou d'autres membres de la famille, la présence de livres adaptés à son âge, ainsi que des activités variées qui encouragent l'expression et la compréhension. Dans le contexte scolaire, les enseignants proposent des situations d'apprentissage diversifiées : lectures à voix haute, jeux de rôle, chants, discussions, et accès à un matériel pédagogique stimulant, qui favorisent l'interaction et la pratique active du langage. Un aspect particulièrement bénéfique de certains environnements éducatifs est la mise en place de programmes bilingues, qui plongent les enfants dans l'apprentissage simultané de deux langues. Cette immersion bilingue ne se limite pas à l'acquisition de compétences linguistiques dans deux systèmes différents ; elle développe aussi la flexibilité cognitive, c'est-à-dire la capacité à passer d'une langue à l'autre, à résoudre des problèmes de manière créative et à adopter différents points de vue. De plus, elle sensibilise l'enfant à la diversité culturelle, enrichissant ainsi sa compréhension du monde. En somme, un environnement d'apprentissage riche, interactif et adapté aux besoins de l'enfant constitue un levier majeur pour favoriser un développement langagier solide, tout en stimulant ses capacités cognitives et sociales. (<https://www.lepehochiminh.com>)

5. Les troubles de communication chez l'enfant autiste:

Constituent des points clés du fonctionnement des enfants autistes, pour Communiquer, ça n'est pas simplement émettre et recevoir un message, cela relève d'une réalité bien plus complexe qui demande de savoir prendre en compte un nombre important d'éléments : le choix des mots, le langage corporel, l'observation des signes non verbaux émis par l'autre, le timing entre les tours de parole, le contenu de la communication...

Les altérations de la communication et des interactions sociales se traduisent par des comportements particuliers qui sont :

- ⇒ Une altération des comportements non verbaux.
- ⇒ Une altération du développement et du maintien des relations.
- ⇒ Une altération de la réciprocité sociale et/ou émotionnelle

L'accès au langage diffère selon ces différents profils ou types d'autisme, la communication et les interactions sociales présentent toujours un caractère particulier au regard des personnes non autistes et ce quel que soit le niveau intellectuel de la personne.

5.1/ Une altération des comportements non verbaux:

Les comportements non verbaux regroupent tout ce qui n'appartient pas au langage parlé/verbal : les gestes, l'intonation, le regard, les expressions du visage...

L'utilisation du regard pour réguler les interactions est absent ou diffère de l'utilisation qu'en font les personnes non autistes : regard périphérique (la personne regarde de côté au lieu de regarder son interlocuteur dans les yeux), regard qui ne se fixe pas sur les personnes ou non coordonné avec les autres signaux sociaux.

Les expressions du visage peuvent être incohérentes avec la situation (sourire lorsqu'une personne pleure), elles peuvent être atténuées ou inexistantes (donner l'impression que le visage est figé comme déconnecté du contexte) ou au contraire les expressions peuvent être exagérées (faire les gros yeux en mettant les mains devant la bouche, rire trop fort en exagérant les contours de la bouche...). Accorder les expressions du visage avec son propre état émotionnel ou celui d'autrui ainsi que l'adapter à l'environnement demande souvent un effort conscient pour les enfants autistes, là où les personnes non-autistes font appel à des compétences qui sont innées. Les enfants autistes doivent « mettre » une expression sur leur visage.

Les gestes du corps qui accompagnent les mots, notamment les mouvements des bras et mains peuvent aussi présenter des caractéristiques particulières chez les enfants autistes. Il y a parfois une absence ou une moindre utilisation des mouvements des bras pour appuyer les éléments de langage. Lorsqu'il existe des gestes pour accompagner le langage, ils ne sont pas de nature empathique ou émotionnelle. (<https://www.comprendrelautisme.com>)

5.2/ Une altération du développement et du maintien des relations:

La communication et les interactions sociales étant différentes chez les personnes autistes, cela occasionne des difficultés dans le développement et le maintien des relations avec autrui.

Afin de tester le degré d'altération des relations plusieurs types d'exercices peuvent être menés durant les tests par le clinicien.

Pour les enfants il s'agit principalement de jeux avec du matériel permettant d'évaluer si le comportement social de l'enfant est le même que celui observé lors du développement normal d'un enfant d'âge similaire. Cela comprend : la capacité à déceler les indices non verbaux chez autrui, le degré de spontanéité et de flexibilité du jeu, les méthodes de régulation des interactions.

Il s'agit d'engager la conversation autour de thématiques particulières comme l'amitié, les expériences sociales et les habiletés sociales.

Les enfants autistes ont généralement moins d'amis, passent moins de temps avec et sur une durée plus courte que les personnes non-autistes. Elles ont aussi tendance à lier des relations plus facilement avec des personnes plus jeunes ou plus âgées qu'elles.

Les difficultés dans le domaine de la communication et des interactions sociales entraînent un appauvrissement des relations et les enfants autistes expriment souvent un sentiment de solitude important et le regret de ne pas avoir d'amis ou d'en avoir trop peu.

Les comportements classiques permettant l'amitié comme le partage, la réciprocité ou la coopération ne sont pas naturels, entraînant un mal adresse sociale.

Les enfants autistes jouent de manière idiosyncrasique, c'est à dire qu'ils ont leur propre façon de jouer à un jeu, celle-ci est souvent peu conventionnelle et freine l'entrée en relation avec l'autre. Au lieu de jouer à la poupée en imitant des scènes de vie quotidienne, comme donner à manger ou laver un bébé, les enfants autistes vont préférer aligner les poupées, les ranger, les classer dans un ordre précis correspondant à leur propre logique.

Pour les enfants ayant réussis à cultiver une amitié ou une relation amoureuse il est souvent compliqué de la maintenir dans le temps par manque d'habiletés sociales.

(<https://www.comprendrelautisme.com>)

5.3/ Une altération de la réciprocité sociale et/ou émotionnelle:

Les enfants autistes peuvent avoir des difficultés à identifier les rôles d'émetteur de récepteur lors d'une conversation avec autrui. C'est ainsi que parfois, elles ne répondent pas à une question qui leur est adressée car elles n'ont pas compris qu'elles en étaient l'interlocuteur principale et qu'il était attendu qu'elles parlent en retour. Cela peut donner l'impression qu'elles ne sont pas intéressées par la conversation alors que ça n'est pas le cas : elles n'ont simplement pas compris que la phrase s'adressait à elles.

Les enfants autistes font aussi peu de commentaires sur les propos tenus par leur interlocuteur. Elles ne donnent pas d'information sur leur niveau de compréhension ou d'incompréhension d'un message et appuient peu les propos des autres par des relancés ou des phrases de confirmation. La communication et les interactions sociales donnent alors l'impression d'être à sens unique et l'enfant autiste semble être un récepteur passif, ils peuvent rencontrer des difficultés à sélectionner l'information pertinente parmi plusieurs proposées dans une conversation et ont tendance de ce fait à trop développer un sujet alors que le contexte ne s'y prête pas ou au contraire pas assez. Ils peuvent répéter plusieurs fois une même information.

Les enfants autistes ont des difficultés à adapter le style de communication et/ou le niveau de langage. Elles peuvent être trop polies ou formelles avec des proches.

(<https://www.comprendrelautisme.com>)

6. Les précurseurs à la communication:

Chez l'enfant neurotypique, nous pouvons observer le développement de plusieurs précurseurs à la communication, dès son plus jeune âge. Il s'agit des prérequis nécessaires à des échanges sociaux réciproques.

Aussi, ils constituent une base indispensable. Chercher à les mettre en place chez la personne autiste est donc une piste pour améliorer ses compétences en communication.

En plus du langage, indispensable pour transmettre des idées complexes, notre corps parle pour nous. D'ailleurs, pour échanger des messages et créer une interaction sociale, la parole et le langage corporel sont des instruments essentiels. Néanmoins, chez les personnes autistes, certains troubles de la communication impactent ces processus.

A/ Précurseur n°1 : Le Regard

Le regard, ou contact visuel, est l'un des premiers moyens non verbaux que l'enfant utilise pour communiquer et établir un lien social. Il joue un rôle central dans la communication non verbale car il permet de signaler à qui l'on s'adresse, d'attirer l'attention de l'interlocuteur et d'initier une interaction. Chez un enfant neurotypique, le contact visuel se développe très tôt, souvent dès les premières semaines de vie, et sert à créer une connexion émotionnelle avec les adultes. Par exemple, un bébé qui regarde le visage de sa mère cherche à capter son attention et à

partager un moment d'échange. Ce regard partagé est aussi un moyen d'exprimer ses émotions, ses besoins et ses intentions.

Chez la personne autiste, cependant, le contact visuel est souvent réduit, évité ou difficile à maintenir. Ce phénomène ne traduit pas un manque d'intérêt ou une volonté de rejeter l'autre, mais plutôt une véritable difficulté sensorielle et cognitive. Le regard peut être perçu comme trop intense, envahissant ou source d'inconfort, provoquant une surcharge sensorielle. Par ailleurs, la compréhension implicite des signaux transmis par le regard (comme l'attention, l'émotion ou l'intention) peut être altérée, rendant cette forme de communication moins accessible. En conséquence, la personne autiste peut éviter le contact visuel pour se protéger ou parce qu'elle ne sait pas comment l'utiliser efficacement dans une interaction. Cette absence ou diminution du regard complique l'engagement dans une conversation, car le regard est souvent le premier signal qui indique qu'une interaction est en cours ou souhaitée. **(PDF intitulé sur les précurseurs à la communication)**

B/ Précurseur n°2 : L'attention Conjointe

L'attention conjointe est la capacité à partager un même point d'intérêt ou une même expérience avec une autre personne. Elle implique que l'enfant puisse non seulement percevoir un objet ou un événement, mais aussi reconnaître que quelqu'un d'autre partage cette perception, créant ainsi un espace commun d'attention et de communication. Cette compétence se manifeste par des comportements tels que suivre le regard ou le geste d'un adulte, montrer un objet pour attirer l'attention, ou encore alterner le regard entre un objet et une personne. L'attention conjointe est cruciale pour le développement social et langagier, car elle permet à l'enfant de comprendre que la communication est un échange partagé, où les deux interlocuteurs s'intéressent aux mêmes choses.

Chez l'enfant autiste, l'attention conjointe est souvent altérée. Il peut avoir du mal à suivre le regard ou les gestes d'autrui, et ne pas chercher à partager ses intérêts ou ses découvertes avec les autres. Par exemple, plutôt que de montrer un jouet à un adulte pour partager sa joie ou attirer son attention, l'enfant autiste peut simplement jouer seul avec l'objet, sans chercher à impliquer quelqu'un d'autre. Cette difficulté à établir une attention conjointe limite les occasions d'interactions sociales spontanées et freine le développement du langage, car le langage se construit souvent autour de ces moments de partage et d'échange. L'attention conjointe est donc un prérequis indispensable à l'acquisition du langage, car elle prépare l'enfant à comprendre que les mots servent à communiquer des idées, des émotions et des informations partagées. **(PDF intitulé sur les précurseurs à la communication)**

C/ Précurseur n°3: Le Pointage

Le pointage est un geste fondamental dans le développement de la communication préverbale. Il permet à un enfant, souvent avant même qu'il ne maîtrise le langage oral, d'indiquer un objet, un événement ou une personne qui attire son attention ou suscite son intérêt. Ce geste simple mais puissant joue un rôle clé dans le partage d'attention et la création d'une interaction sociale. Par exemple, un bébé qui pointe du doigt un jouet montre non seulement ce qui l'intéresse, mais invite aussi l'adulte à partager ce moment, à répondre à ses besoins ou à commenter l'objet. Le pointage est ainsi un moyen de communication intentionnel qui marque la volonté de l'enfant d'établir un lien avec autrui.

Chez les enfants neurotypiques, le pointage apparaît généralement entre 9 et 12 mois et est étroitement lié à d'autres compétences sociales comme le regard et l'attention conjointe. En effet, pour pointer efficacement, l'enfant doit pouvoir attirer le regard de l'adulte et s'assurer que celui-ci partage son intérêt. Cette coordination entre le regard, l'attention conjointe et le pointage constitue une base solide pour l'apprentissage du langage, car elle prépare l'enfant à utiliser des symboles (mots) pour désigner des objets ou des idées.

Chez les enfants autistes, le pointage est souvent déficient ou même absent. Cette absence peut s'expliquer par des difficultés dans la coordination du regard et de l'attention conjointe, mais aussi par un manque de motivation sociale à partager ses intérêts avec autrui. L'enfant autiste peut préférer explorer seul son environnement sans chercher à attirer l'attention d'un adulte. Ce déficit limite considérablement les occasions d'interactions sociales spontanées et retarde le développement du langage, car le pointage est une forme précoce de communication intentionnelle. Dans les interventions thérapeutiques, travailler à développer le pointage chez l'enfant autiste passe par des exercices visant à renforcer le contact visuel, l'attention conjointe et la motivation à communiquer, souvent à travers des jeux interactifs et des situations ludiques. (PDF intitulé sur les précurseurs à la communication)

D/ Précurseur n°4 : L'imitation

L'imitation est une compétence clé dans le développement du langage et de la communication non verbale. Elle consiste à reproduire consciemment ou inconsciemment les gestes, les sons, les expressions faciales ou les comportements observés chez une autre personne. L'imitation permet à l'enfant d'apprendre les règles sociales, les codes de communication et les structures linguistiques en se calquant sur son entourage. Par exemple, un enfant qui imite les

expressions faciales de ses parents développe sa capacité à reconnaître et à exprimer des émotions, tandis que l'imitation des sons et des mots favorise l'acquisition du langage oral.

L'imitation peut se manifester sous différentes formes:

⇒ **Mimique**: reproduction des expressions du visage, des gestes symboliques (comme faire au revoir).

⇒ **Vocale**: reproduction des sons, des intonations, des rythmes de la parole.

⇒ **Motrice**: reproduction des mouvements, des actions sur des objets (comme taper dans les mains).

Chez les enfants neurotypiques, l'imitation est spontanée et très variée, ce qui facilite un apprentissage rapide et riche du langage et des interactions sociales. Chez les enfants autistes, l'imitation peut être limitée ou moins spontanée, souvent restreinte à des gestes simples ou répétitifs. Cependant, cela ne signifie pas que ces enfants sont incapables d'imiter ; au contraire, ils peuvent apprendre à imiter dans un contexte structuré et avec un accompagnement adapté. L'imitation est d'ailleurs utilisée comme un levier thérapeutique important : en imitant les gestes ou les sons de l'enfant, l'adulte capte son attention, crée un échange et encourage l'enfant à reproduire davantage, ce qui enrichit son répertoire communicatif.

L'imitation favorise également le développement des compétences sociales, car elle aide l'enfant à comprendre les attentes sociales et à s'intégrer dans les interactions. Par exemple, imiter un geste de salutation ou un sourire permet à l'enfant d'apprendre les conventions sociales et d'initier des échanges positifs. En résumé, l'imitation est un moteur puissant pour l'apprentissage du langage et des comportements sociaux, et son développement est une cible privilégiée dans les interventions auprès des enfants autistes. (PDF intitulé sur les précurseurs à la communication)

E/ Précurseur n°5 : Le Tour de Rôle

Le tour de rôle, également appelé tour de parole, est une compétence fondamentale dans les échanges vocaux et constitue la base d'une communication interactive et équilibrée. Il s'agit de la capacité à alterner ses prises de parole avec celles de son interlocuteur, permettant ainsi un dialogue fluide et réciproque. Ce mécanisme est essentiel pour que la conversation ne devienne pas un monologue et pour que chaque participant ait la possibilité d'exprimer ses idées, ses émotions ou ses besoins.

Chez les jeunes enfants, cette compétence n'est pas innée. Ils ont souvent du mal à attendre leur tour pour parler, ce qui se traduit par des interruptions fréquentes, de l'impatience ou même de l'agitation pendant les échanges. Ces comportements sont normaux dans le développement, car l'enfant doit apprendre à gérer son impulsivité, à reconnaître les indices sociaux qui indiquent qu'il doit céder la parole, et à comprendre que la communication est un échange où chacun doit écouter et parler à son tour.

Au fil du temps et avec l'expérience sociale, les enfants acquièrent progressivement cette capacité à respecter le tour de parole. Ils apprennent à observer les signaux non verbaux, comme les pauses dans la voix ou les expressions faciales, qui indiquent que l'autre personne a fini de parler. Ils développent également la patience nécessaire pour attendre leur moment, ce qui favorise des échanges plus harmonieux et efficaces.

Chez les enfants autistes, le tour de rôle peut représenter un défi particulier. Ils peuvent avoir des difficultés à percevoir les règles implicites de la conversation, à reconnaître les signaux sociaux ou à contrôler leur impulsivité. Cela peut entraîner des interruptions fréquentes, un monologue centré sur leurs propres intérêts, ou une difficulté à engager un dialogue véritablement réciproque. C'est pourquoi les interventions éducatives et orthophoniques incluent souvent des exercices spécifiques pour enseigner le tour de rôle, en utilisant des jeux structurés, des supports visuels ou des techniques de renforcement positif. Ces stratégies aident l'enfant à comprendre l'importance de l'alternance dans la parole, à développer son écoute active et à améliorer ses compétences sociales. (PDF intitulé sur les précurseurs à la communication)

7. Les stratégies pour aider l'enfant autiste à communiquer:

7.1/ Créez un environnement adapté à la communication:

Pour favoriser la communication chez un enfant autiste, il est essentiel de concevoir un environnement qui facilite son attention et son engagement. Cela implique de réduire au maximum les distractions visuelles et sonores, comme la télévision, les tablettes ou les jouets non liés à l'activité en cours, afin que l'enfant puisse se concentrer pleinement sur l'échange. Se placer face à lui, à sa hauteur, permet d'établir un contact visuel plus naturel et de mieux capter ses expressions, ce qui facilite la compréhension mutuelle. Organiser les objets d'intérêt à portée de main, mais parfois légèrement hors de portée, incite l'enfant à formuler une demande, stimulant ainsi sa communication. Par ailleurs, proposer des modèles de phrases simples et concrètes, comme

« Donne-moi la balle » ou « Je veux la balle », aide l'enfant à structurer ses propres productions langagières. Cette approche s'appuie sur le langage concret, en utilisant des mots familiers et des consignes claires, souvent accompagnées de supports visuels ou gestuels, pour rendre le message plus accessible. La répétition et la cohérence dans les consignes et les interactions renforcent la sécurité de l'enfant et facilitent son apprentissage. (<https://www.lpehochiminh.com>)

7.2/ Aidez l'enfant à s'intéresser à vous:

L'attention conjointe est une compétence fondamentale qui consiste à partager un même point d'intérêt avec une autre personne, en dirigeant ensemble son regard, son attention ou ses gestes vers un objet, une personne ou un événement. Chez l'enfant neurotypique, cette capacité se développe naturellement dès les premiers mois de vie et constitue un socle essentiel pour l'apprentissage du langage et des interactions sociales. Elle permet d'établir un lien social, de comprendre que l'autre peut partager ses intentions et ses émotions, et de poser les bases d'une communication véritablement interactive.

Chez les enfants autistes, l'attention conjointe est souvent altérée ou atypique. Ils peuvent ne pas suivre spontanément le regard ou le pointage d'un adulte, préférer explorer seuls leur environnement, ou ne pas chercher à partager leurs centres d'intérêt avec les autres. Cette difficulté limite les occasions d'échanges sociaux et freine le développement du langage. C'est pourquoi aider l'enfant à s'intéresser à vous, à capter son attention et à partager un intérêt commun, est une étape cruciale dans l'accompagnement. (<https://www.autismeinfoservice.fr>)

7.3/ Amenez l'enfant à comprendre l'objectif de la communication:

Pour amener un enfant autiste à comprendre l'objectif de la communication, il faut lui faire expérimenter concrètement que communiquer sert à obtenir ce qu'il souhaite ou à partager une expérience. Cela passe par la création de situations motivantes, amusantes et adaptées à ses intérêts, qui l'incitent à s'exprimer volontairement. Par exemple, on peut lui proposer un petit morceau de gâteau et attendre qu'il manifeste sa volonté d'en avoir un autre, que ce soit par un mot, un geste, ou en utilisant un pictogramme. Cette attente délibérée l'amène à comprendre que la communication est un moyen efficace pour obtenir une réponse ou une satisfaction. De même, privilégier ses jeux préférés où il a besoin de l'adulte pour continuer est une stratégie puissante : en interrompant régulièrement l'activité, on crée des occasions où l'enfant doit solliciter l'adulte pour reprendre le jeu, ce qui lui montre la fonction sociale et pratique du langage. Ces situations doivent être

présentées dans un cadre ludique et positif, avec un renforcement immédiat des tentatives, même approximatives, pour associer communication et résultat positif. L'utilisation d'outils visuels ou de systèmes de communication alternative, comme les pictogrammes ou les tablettes, peut aussi faciliter cette compréhension en offrant des moyens concrets d'expression.

(<https://www.autismeinfoservice.fr>)

7.4/ Les pré-requis du langage oral:

Il faut d'abord comprendre que le développement du langage ne commence pas forcément par la production de mots, mais par une série d'étapes préparatoires essentielles qui impliquent la motricité bucco-faciale, la coordination respiratoire, ainsi que l'exploration des sons et des gestes.

Dans un premier temps, il est recommandé de stimuler la motricité orale et la conscience sensorielle par des jeux ludiques et adaptés. Par exemple, se placer devant un miroir pour faire des grimaces ensemble aide l'enfant à prendre conscience des mouvements de ses lèvres, de sa langue, et de ses joues. Ce travail visuel et moteur favorise la maîtrise des muscles nécessaires à la parole. Souffler sur une plume pour la faire voler ou souffler dans une paille dans le bain développe le contrôle du souffle, qui est indispensable pour moduler la voix et produire des sons clairs. Faire des bulles de savon avec différents jouets permet d'allier plaisir et exercice respiratoire. De plus, imiter des bruits d'animaux, de véhicules ou d'objets lors des jeux encourage l'enfant à expérimenter différents sons, à jouer avec les intonations et à s'exercer à la production vocale dans un contexte naturel et motivant.

Par la suite, il convient d'introduire des modèles de mots simples, courts et concrets, que l'enfant peut entendre, voir et associer à un geste ou une image. Par exemple, dire « balle » en montrant la balle, ou accompagner le mot d'un geste de pointage ou d'un pictogramme, facilite la compréhension et la mémorisation. L'utilisation d'outils technologiques, comme un micro qui amplifie la voix de l'enfant ou des applications sur tablette dédiées à l'apprentissage du langage, peut rendre cette étape plus interactive et engageante. Ces outils permettent à l'enfant d'entendre sa propre voix amplifiée, ce qui stimule la conscience phonologique et la motivation à s'exprimer.

Lorsqu'un enfant répète un mot de manière déformée ou approximative, il est important de toujours reformuler correctement le mot, sans le corriger brusquement, afin qu'il puisse intégrer progressivement le bon modèle phonologique. Cette reformulation doit être naturelle, dans le cadre d'une interaction positive et encourageante, pour ne pas décourager l'enfant.

Ce travail progressif sur les prérequis du langage oral s'inscrit dans une démarche globale qui vise à renforcer la motricité bucco-faciale, la coordination souffle-voix, la conscience phonologique, ainsi que la capacité à associer sons, gestes et images. Ces étapes préparent l'enfant autiste à accéder à une communication verbale fonctionnelle, adaptée à ses besoins et à son rythme. Elles nécessitent patience, régularité et une approche ludique, centrée sur les intérêts et les capacités spécifiques de chaque enfant. (<https://www.autismeinfoservice.fr>)

7.5/ Reconnaître et exprimer verbalement des émotions:

Pour aider un enfant à reconnaître et exprimer verbalement ses émotions, il est important de commencer par lui faire identifier les émotions de base, telles que la colère, la tristesse ou la joie. Une méthode efficace consiste à utiliser des livres illustrés où les personnages vivent différentes situations émotionnelles. En parcourant ces histoires avec l'enfant, on peut nommer explicitement les émotions ressenties par les personnages, par exemple : « Le garçon est triste », puis expliquer la cause de cette émotion : « Il est triste parce qu'il a perdu son ballon ». Cette démarche permet à l'enfant de faire le lien entre une situation, une émotion et son expression. Progressivement, on l'encourage à nommer lui-même les émotions des personnages, renforçant ainsi sa capacité à identifier et verbaliser ce qu'il perçoit.

Parallèlement, il est essentiel de mettre des mots sur les émotions vécues dans la vie quotidienne, que ce soit celles de l'adulte ou de l'enfant lui-même. Dire par exemple « Je suis content » ou « Tu es fâché » aide l'enfant à reconnaître ces états émotionnels dans un contexte réel et personnel, favorisant ainsi l'empathie et la conscience de soi.

Dans le cadre du jeu, on peut créer des scénarios simples où différents personnages expriment des émotions comme la joie, la colère ou la tristesse. Ces mises en situation ludiques et interactives permettent à l'enfant de s'immerger dans des expériences émotionnelles variées. Une fois les émotions de base bien comprises, il est possible d'introduire d'autres émotions plus subtiles ou complexes, telles que la peur, la surprise ou la gêne, en adaptant les histoires ou les jeux. Cette progression graduelle aide l'enfant à enrichir son vocabulaire émotionnel et à mieux comprendre la diversité des ressentis humains.

Ainsi, reconnaître et exprimer verbalement les émotions est une compétence clé qui favorise le développement social, la gestion des relations et le bien-être émotionnel de l'enfant. Cette

démarche nécessite patience, répétition et un accompagnement bienveillant, en s'appuyant sur des supports concrets et des situations proches de son quotidien. (<https://www.lpehochiminh.com>)

7.6/ Rapporter un événement vécu ou raconter une histoire:

Pour aider un enfant à développer sa capacité à rapporter un événement vécu ou à raconter une histoire, il est essentiel de lui fournir des modèles concrets et accessibles. Commencez par raconter vous-même de petits événements de votre quotidien ou de courtes histoires simples. Ces exemples servent de référence pour l'enfant, qui peut ainsi comprendre comment organiser son discours, structurer les informations et utiliser un vocabulaire adapté.

Encouragez ensuite l'enfant à parler de ses propres expériences récentes. Utiliser un support visuel, comme un dessin qu'il vient de réaliser, est une excellente manière de stimuler sa parole. Ce support concret lui permet de se remémorer l'événement et de le décrire plus facilement. Pour enrichir son récit, posez-lui des questions précises qui l'aident à détailler son discours, par exemple: « Quand est-ce que ça s'est passé? », « Où étais-tu? », « Qui était avec toi? ». Ces questions guidées l'aident à organiser ses idées et à développer une narration cohérente.

Une autre stratégie consiste à amener l'enfant à raconter à un adulte ou à un pair, qui n'a pas assisté à l'événement, ce qu'il vient de vivre. Ce type d'exercice favorise la prise de conscience que la communication sert à partager des informations nouvelles avec quelqu'un d'autre, et encourage la structuration du récit.

Lors de situations plaisantes ou marquantes, prenez des photos de l'enfant en action. Par la suite, utilisez cette séquence photographique comme support pour l'amener à décrire ce qu'il a vécu. Le fait de visualiser les images l'aide à se remémorer les détails, à structurer son récit dans l'ordre chronologique et à enrichir son vocabulaire. Ce support visuel est particulièrement utile pour les enfants qui ont des difficultés à organiser spontanément leurs idées ou à se souvenir des événements. (<https://www.lpehochiminh.com>)

8. La prise en charge orthophonique:

L'orthophonie occupe une place fondamentale dans la prise en charge des enfants présentant un trouble du spectre de l'autisme (TSA), en raison de la complexité et de la diversité des difficultés communicationnelles que ces enfants peuvent rencontrer. Si l'orthophonie est souvent associée à la correction des troubles articulatoires, des erreurs phonétiques ou à l'enrichissement du vocabulaire,

son rôle est beaucoup plus large et essentiel lorsqu'il s'agit de troubles autistiques. En effet, chez ces enfants, les difficultés ne se limitent pas à la forme du langage (prononciation, syntaxe, lexique), mais concernent principalement la pragmatique, c'est-à-dire l'utilisation sociale du langage dans les interactions quotidiennes. Cette dimension pragmatique englobe un ensemble d'habiletés complexes qui permettent à l'enfant d'engager, maintenir et adapter une conversation, de comprendre les intentions de l'autre, de décoder les indices non verbaux (regard, expressions faciales, gestes), et de gérer les règles implicites des échanges sociaux. Or, ces compétences sont souvent altérées chez les enfants avec TSA, ce qui peut se traduire par des difficultés à socialiser, à partager des informations de manière adaptée, ou à utiliser le langage pour créer du lien avec autrui.

Par exemple, un enfant autiste peut verbaliser de façon très précise et détaillée sur un sujet qui le passionne, mais sembler indifférent ou ne pas répondre à une question qui s'éloigne de ce centre d'intérêt, limitant ainsi la portée des échanges. Il peut aussi fournir trop d'informations ou au contraire rester très bref, ne pas respecter les tours de parole, ou encore ne pas utiliser le langage pour exprimer ses émotions ou ses besoins, préférant des gestes, des cris ou d'autres comportements. Ces particularités peuvent être source de malentendus et de frustrations, non seulement pour l'enfant, mais aussi pour les parents et l'entourage, qui peuvent se sentir désemparés, voire inadéquats dans leur manière de communiquer avec lui. Ce sentiment d'incompétence peut générer un stress familial important et affecter la dynamique relationnelle au sein du foyer.

C'est dans ce contexte que l'orthophonie intervient comme un véritable pont entre l'enfant et son environnement. L'orthophoniste réalise une évaluation détaillée et individualisée des compétences communicationnelles de l'enfant, en tenant compte non seulement de la parole et du langage, mais aussi des modes non verbaux et des fonctions de la communication. Cette évaluation permet de recenser précisément comment l'enfant communique (par exemple, par des gestes, des cris, des morsures, des mots isolés) et pourquoi il le fait (pour demander quelque chose, refuser, exprimer une émotion, attirer l'attention). Sur cette base, l'orthophoniste élabore un programme thérapeutique personnalisé visant à rendre la communication plus fonctionnelle, fluide et adaptée aux besoins spécifiques de l'enfant. L'objectif est de permettre à l'enfant d'exprimer ses besoins de façon claire, de réduire les incompréhensions et les conflits, et ainsi d'améliorer la qualité des échanges au sein de la famille et dans son environnement social plus large.

Pour cela, l'orthophoniste peut utiliser une grande variété d'outils et de méthodes, adaptés au profil de chaque enfant. Cela peut inclure des approches basées sur la communication alternative et augmentée, comme le PECS (Picture Exchange Communication System), qui utilise des images pour faciliter les demandes et les échanges, ou le langage Makaton, qui combine gestes et pictogrammes. Des supports visuels, des jeux, des activités sensori-motrices ou des techniques spécifiques comme la méthode PROMPT peuvent également être employés pour stimuler la communication et la motricité oro-faciale. Par ailleurs, l'orthophoniste travaille en étroite collaboration avec les familles, les aidant à comprendre les particularités communicationnelles de leur enfant, à identifier les signaux qu'il émet, et à adopter des stratégies pour enrichir les interactions quotidiennes. Cet accompagnement familial est crucial, car il contribue à renforcer le lien affectif, à diminuer le sentiment d'isolement ou d'incompétence des proches, et à créer un environnement communicatif plus favorable au développement de l'enfant.

La prise en charge orthophonique s'inscrit généralement dans une démarche multidisciplinaire, en lien avec d'autres professionnels (psychologues, éducateurs spécialisés, psychomotriciens, médecins, etc.), afin d'apporter une réponse globale aux besoins complexes des enfants avec TSA. Elle est d'autant plus efficace qu'elle est mise en place précocement, idéalement dès le diagnostic, souvent avant l'âge de 4 ans, période durant laquelle le cerveau est particulièrement plastique et réceptif aux apprentissages.

Enfin, les bénéfices de l'orthophonie chez les enfants autistes sont multiples : amélioration des capacités d'expression et de compréhension, développement des compétences sociales et pragmatiques, meilleure intégration scolaire et sociale, diminution des troubles du comportement liés aux difficultés de communication, et renforcement de l'autonomie et du bien-être global. En résumé, l'orthophonie constitue un levier indispensable pour favoriser le développement harmonieux de l'enfant avec TSA, en facilitant la communication, en soutenant la famille, et en ouvrant la voie à une meilleure inclusion sociale. (<https://www.orthophonie.fr>)

Synthèse:

Les caractéristiques essentielles de l'autisme sont désormais bien répertoriées et concernent des anomalies de la communication verbal (mutisme, langage pauvre, stéréotypé, écholalie...) et non verbal (mimiques émotionnelles, regards, gestes), des interactions sociales appauvries, déviantes, avec un répertoire restreint d'intérêts, de comportements et d'activités.

Dans l'autisme il existe un problème majeur de réciprocité dans les échanges interindividuels, en partie basé sur des problèmes de compréhension des codes sociaux et des problèmes de communication quand le langage survient. Ce problème que nous qualifierons de « trouble social » ou « trouble des interactions sociales » au sens large est présent pour toutes les enfants avec autisme, quel que soit leur degré de sévérité d'autisme.

Au niveau du trouble social, on constate chez ces enfants, une incapacité ou difficulté à établir des relations avec les pairs, à apprécier les réponses comportementales lors des échanges, à initier des comportements sociaux et émotionnels appropriés ou à les ajuster en fonction du contexte de ces enfants.

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

PARTIE PRATIQUE

CHAPITRE III

LA METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

Préambule :

Cette recherche s'inscrit dans une démarche méthodologique rigoureuse visant à explorer des aspects spécifiques du domaine éducatif. La pré-enquête a permis de définir les contours de l'étude et de sélectionner un lieu de recherche pertinent pour la problématique étudiée. Le groupe d'étude a été constitué selon des critères d'inclusion et d'exclusion clairement définis afin de garantir la pertinence et la fiabilité des résultats. La méthodologie adoptée intègre plusieurs outils de recherche, notamment des épreuves éducatives. Ces instruments ont été choisis pour leur capacité à recueillir des données riches et diversifiées, essentielles pour une analyse approfondie. Le déroulement de la recherche a été planifié de manière détaillée, incluant des phases de collecte de données, d'analyse et d'interprétation. Chaque étape a été conçue pour assurer une progression logique et cohérente de l'étude, en veillant à respecter les normes éthiques et scientifiques en vigueur.

1. Démarche de l'étude et technique utilisée:**1.1/ La pré-enquête :**

La pré-enquête constitue une étape initiale dans toute recherche de terrain. Elle vise principalement à affiner la problématique en la rendant plus précise et à élaborer des hypothèses solides, c'est-à-dire valides, fiables, bien documentées et argumentées. Cette phase permet également de définir avec plus de clarté les objectifs spécifiques, qu'ils soient finaux ou intermédiaires, que le chercheur devra atteindre pour tester ses hypothèses.

Par ailleurs, la pré-enquête joue un rôle crucial dans le choix et la conception des instruments de collecte de données. En effet, elle offre l'opportunité de tester ces outils sur un échantillon restreint afin d'évaluer leur pertinence, leur fiabilité et leur adéquation avec le sujet étudié. Ce processus permet d'ajuster les variables et les techniques avant la mise en œuvre à grande échelle.

Il est impossible de débiter une recherche rigoureuse sans avoir réalisé une pré-enquête préalable sur le terrain. Cette étape préliminaire est fondamentale pour recueillir un maximum d'informations sur le sujet et le contexte d'étude, ainsi que pour vérifier la disponibilité des cas. Elle permet d'explorer de manière limitée le problème à étudier, même avant de fixer définitivement les objectifs de la recherche.

Ainsi, la pré-enquête constitue une phase indispensable qui prépare le terrain à une enquête principale rigoureuse, en garantissant la validité des hypothèses, la pertinence des objectifs et la fiabilité des instruments utilisés. **(Bardin, L. (2013))**

La pré-enquête constitue une étape préparatoire fondamentale dans tout projet de recherche scientifique. Elle consiste à tester, sur un échantillon restreint, les outils méthodologiques envisagés pour la collecte de données, tels que les questionnaires, guides d'entretien ou grilles d'observation. Cette phase expérimentale permet au chercheur d'évaluer la pertinence des variables choisies, de vérifier la clarté et l'efficacité des questions, ainsi que d'anticiper d'éventuelles difficultés liées à l'administration des outils ou à la compréhension des consignes par les participants.

Lorsque des hésitations subsistent quant au choix des variables à étudier ou à l'efficacité d'une technique de recueil de données, la pré-enquête offre la possibilité d'explorer de manière limitée et contrôlée le problème de recherche. Cela permet d'observer les réactions du terrain, d'identifier les obstacles potentiels et d'ajuster les instruments avant de finaliser la démarche et de fixer définitivement les objectifs de l'enquête principale.

En outre, la pré-enquête joue un rôle déterminant dans l'évaluation de la faisabilité du projet. Elle permet de recueillir un maximum d'informations sur le sujet, d'affiner la problématique, de valider ou de reformuler les hypothèses, et d'adapter les outils méthodologiques en fonction des réalités du terrain. Cette étape favorise également une première prise de contact avec la population cible et le contexte d'étude, ce qui facilite l'établissement d'un climat de confiance et la compréhension des spécificités locales.

Ainsi, la pré-enquête n'est pas seulement une simple formalité, mais bien une phase stratégique qui conditionne la réussite de l'ensemble du processus de recherche. Elle garantit la validité, la fiabilité et la pertinence des données recueillies lors de l'enquête principale, tout en optimisant la préparation logistique et scientifique du chercheur. **(Université de Batna 2, Les étapes de la recherche scientifique)**

La pré-enquête en relation avec notre thème de recherche, et s'est déroulée comme suite. Premièrement, on a choisi d'effectuer notre recherche au sein à service pédopsychiatrique de l'EHS d'Oued-Ghir à wilaya de Béjaïa après l'acceptation de la demande avec bien vaillance, nous avons débutés notre pré enquête qui duré une semaine.

On s'est présentées comme étant des stagiaires de spécialité psychologie clinique à l'université Abderrahmane Mira de Béjaïa pour réaliser une recherche et préparer le mémoire de fin de Cycle qui s'intitule " Les compétences socio communicative chez les enfants autistes".

Après avoir eu l'accord du directeur de l'hôpital pour effectuer notre stage, qui a duré un mois, on a eu contacte avec l'ensemble des psychologues qui ont étaient très compréhensifs, qui nous as aidé. Avoir le premier contact avec les enfants autistes et de se familiariser avec eux, pour bien effectuer notre recherche.

Au débout de notre recherche, nous nous sommes présentés auprès de responsable de centre pédopsychiatrique « Hamed Rahim »à Oued-Ghir, dont nous avons expliqué l'objectif de notre recherche et la nature de diplôme à préparer, avec l'aide du la psychologue qui nous a orienté, on a essayé de gagner leur confiance et avoir leur consentement, en leur expliquant le but de notre recherche et on les a informé sur les technique de recherche tout et on a les informé sur la technique de la recherche.

Dans le premier jour de notre pré enquête, la psychologue nous a présenté le lieu, et présenté quelques cas des enfants avec TSA. Puis nous avons expliqué notre thème de recherche à la psychologue, elle nous a donné son approbation pour entamer notre pré-enquête, elle nous a expliqué comment elle travaille avec aux puis elle a donnéun petit aperçu sur le trouble et elle nous expliquer les quelques difficulté qui entraîne le travail avec ces enfants.

Durant cette pré-enquête, nous avons pu observer les comportements et la relation des enfants autistes avec la psychologue et avec leurs familles, là on a constaté qu'il y'a une grande difficulté dans le domaine de communication et comment faire des relations avec les autres pairs. L'objectif de la pré-enquête consiste à formuler les hypothèses de notre recherche et à vérifier si nos outils d'investigations sont suffisants d'une part, et ces outils sont appropriés pour collecter les données que nous avons.

Notre pré-enquête s'agit cerner l'objectif de notre étude et validé notre question de recherche et mener notre hypothèse, dans le but de recueillir des informations sur le thème de notre recherche et d'assurer sur l'existence de notre population d'étude sur le terrain.

1.2/ L'enquête:

L'enquête de terrain est une démarche de recherche approfondie et méthodique qui consiste à étudier un phénomène directement dans son environnement naturel afin d'en comprendre les dynamiques réelles et contextuelles. Aussi appelée « étude de terrain » ou « travail de terrain », cette méthode privilégie la collecte de données qualitatives, bien que des techniques quantitatives puissent aussi être employées.

Le chercheur se rend sur le terrain, c'est-à-dire dans le cadre quotidien du sujet étudié pour observer, interroger et analyser les comportements, interactions et situations dans leur contexte réel. Cette immersion permet d'obtenir une image concrète et nuancée du phénomène, difficilement accessible par des méthodes en laboratoire ou à distance.

La préparation de l'enquête est cruciale : il faut définir le cadre, le temps, le lieu, et préparer les outils (grilles d'observation, guides d'entretien, questionnaires). Une visite préalable du terrain est recommandée pour mieux comprendre le contexte et anticiper les difficultés. La collecte des données doit être rigoureuse, suivie d'une analyse progressive pour éviter la surcharge et permettre l'émergence de nouvelles hypothèses.

L'enquête de terrain suit généralement plusieurs étapes : constitution d'une équipe si nécessaire, choix des méthodes adaptées, visite exploratoire du terrain, collecte des données, analyse et synthèse des résultats. Elle peut prendre différentes formes selon l'objectif : ethnographie, étude de marché, analyse sociologique, etc.

L'enquête de terrain est une méthode indispensable pour comprendre un phénomène dans son contexte réel, en combinant observation, dialogue et analyse rigoureuse, afin de produire des résultats fiables et pertinents pour répondre à la problématique de recherche.

(<https://www.studysmarter.fr>)

Le terme « enquête » désigne un ensemble de méthodes d'investigation variées, mais qui partagent toutes le mode déclaratif : elles consistent à interroger des individus dont les réponses constituent la matière première de l'information recueillie. Les deux procédures types sont l'entretien et le questionnaire, chacune déclinée en une variété de techniques adaptées aux objectifs de la recherche.

L'enquête est une démarche méthodique et organisée visant à collecter des données primaires auprès d'un échantillon représentatif d'une population cible. Elle peut prendre plusieurs formes, notamment le sondage politique, l'étude transversale ou encore l'essai clinique. Le questionnaire, souvent utilisé, comporte des questions ouvertes (réponses libres) ou fermées (réponses fixes uniques ou multiples), et doit être construit avec soin pour garantir la validité des résultats.

L'enquête se distingue des autres méthodes comme l'observation ou l'expérimentation, car elle repose sur l'expression directe des individus, ce qui permet de recueillir leurs opinions, croyances, comportements et expériences. Elle vise souvent à généraliser les résultats obtenus sur un échantillon à l'ensemble de la population étudiée, ce qui nécessite une rigueur particulière dans la conception, la collecte et l'analyse des données. (<https://www.cairn.info>)

En méthodologie, l'enquête constitue une méthode structurée et systématique visant à collecter des données primaires directement auprès d'un échantillon représentatif d'une population cible. Généralement réalisée à l'aide d'un questionnaire, cette démarche permet de recueillir des informations de nature quantitative ou qualitative, dans le but de décrire, d'expliquer ou de comparer des phénomènes individuels ou sociaux.

L'un des objectifs majeurs de l'enquête est de pouvoir généraliser les résultats obtenus à l'ensemble de la population étudiée. Pour garantir la validité et la fiabilité de ces résultats, la démarche repose sur des procédures rigoureuses : définition claire des objectifs de recherche, sélection méthodique de l'échantillon, conception soignée du questionnaire, collecte rigoureuse des données, puis traitement et analyse approfondie des informations recueillies.

Ainsi, l'enquête est un outil essentiel en sciences sociales et dans de nombreux domaines, permettant d'obtenir une compréhension précise et contextualisée des comportements, opinions ou caractéristiques des populations étudiées. (PDF intitulé sur « La méthodologie d'enquête en sciences sociales »)

Notre enquête s'est déroulée durant une période du mois le 6 janvier jusqu'à mois du 10 février 2025 au service pédopsychiatrique d'Oued Ghir, nous y rendions deux fois par semaine de 9 h à 15 h dans le but d'avoir maximum des cas et récolter les informations sur notre thème de recherche. L'équipe de notre recherche sont travaillant deux jours et puis deux jours repos selon leurs systèmes de travail.

Au moment où nous avons néanmoins formé un groupe de recherche. Nous tenions compte de la décision des personnes concernées de participer ou non à la recherche, assurant ainsi le consentement éclairé des participants. Nous avons également insisté de préserver la confidentialité des informations qu'ils nous fourniraient. Les informations resteraient anonymes ; elles ne seraient que dans le cadre d'une recherche scientifique.

Le groupe de recherche aurait dû être constitué de 4 cas avec l'orthophoniste et la psychologue. Nous avons entamé certaines activités pédagogiques et le programme de TEACCH pour voir le degré des compétences communicative chez autiste.

2. Les limites de l'étude:

Chaque recherche se porte sur un contexte délimité et ses caractéristiques fondamentales sont :

⇒ **La limite spatiale** : le service pédopsychiatrique de l'EHS d'Oued-Ghir au niveau de la wilaya de Bejaia en Algérie.

⇒ **La limite temporelle** : à partir 6 janvier au 10 février 2025.

⇒ **La limite du groupe** : deux professionnels de la sante et quatre enfants ayant le TSA.

3. Lieu de l'étude:

Nous avons effectué notre pratique dans L'hôpital psychiatrique d'une capacité de 120 lits situé au village Amadan commune Oued Ghir dans la Wilaya de Bejaïa qui été créé en 29 mai 2019, s'étend sur un terrain d'environnement quatre hectares.

Cet établissement de santé psychique est un projet thérapeutique dédié à la prise en charge, à la surveillance, à l'assistance et à la fourniture de soins et d'attention nécessaire à une catégorie de patients présentant des besoins spécifiques. Ces services devant répondre aux objectifs fixés pour l'établissement, à savoir la guérison et la réinsertion de cette frange de la société dans la vie tous les jours.

Nous effectuons notre recherche au sein d'un service de la pédopsychiatrie et des unités fournies au niveau de l'établissement hospitalière "hôpital psychiatrique Commune de Oued Ghir à Bejaïa" dans les meilleures conditions pour accomplir notre stage dans période de mois 6 janvier jusqu'au 10 février 2025.

Ce centre psychiatrique est organisé en plusieurs pôles et services pour assurer une prise en charge complète :

- **Services et unités:** unité d'hospitalisation hommes, unité d'hospitalisation femmes, urgences psychiatriques, consultations.
- **Pédopsychiatrie:** urgences et consultations dédiées aux enfants.
- **Pharmacie:** gestion des produits pharmaceutiques et des dispositifs médicaux.
- **Spécialistes:** 1 pédopsychiatre, 1 psychiatre, 2 orthophonistes, 2 psychologues coordinateurs, 1 coordinateur général.
- **Restauration:** 3 cuisines avec une capacité de 100 places.
- **Bloc administratif:** service d'ordre général, service communication, secrétariat avec plusieurs bureaux répartis en sous-directions (activités de santé, services économiques, administration des moyens).
- **Annexes:** ménage, stade, espaces verts.
- **Direction :** un directeur chargé du bon fonctionnement, de la gestion et de la qualité des services.
- **Rôle des orthophonistes:** prise en charge des troubles du langage et d'apprentissage, évaluation avec tests spécifiques, accompagnement pour favoriser autonomie et intégration.
- **Rôle des psychologues:** soutien psychologique, évaluation et prise en charge des troubles mentaux et comportementaux, utilisation de tests psychologiques.
- **Rôle du psychiatre et pédopsychiatre:** diagnostic et traitement des troubles mentaux, prescription de médicaments, certificats médicaux pour hospitalisation psychiatrique, évaluation complète incluant examens cliniques et paracliniques.

Cette organisation multidisciplinaire permet une prise en charge adaptée aux besoins des patients, en lien avec les standards des structures psychiatriques publiques.

Leur mission principale du service de la pédopsychiatrie est de prendre en charge les enfants autistes, TDAH, retard mental. Et en organisant des journées de sensibilisation sur l'autisme pour aider les personnes, en particulier les familles à mieux comprendre cette condition et à faire face.

4. La population d'étude:

En méthodologie de recherche, la population correspond à l'ensemble fini d'objets, d'individus ou d'unités statistiques qui partagent une ou plusieurs caractéristiques communes et sur lesquels porte une étude. Il s'agit donc du groupe total auquel s'applique la recherche, que ce soit des personnes, des organisations, des événements ou d'autres unités d'analyse.

La population définit le périmètre de l'étude et sert de base à la sélection de l'échantillon.

La population peut être homogène, lorsque les membres partagent des caractéristiques similaires, ou hétérogène, comportant des sous-groupes aux caractéristiques distinctes. La connaissance précise de la population est essentielle pour garantir la représentativité des résultats et la validité des conclusions.

Notre travail de recherche est effectué auprès des enfants autistes au sein le service pédopsychiatrique de l'EHS de Oued Ghir. Notre groupe de recherche est composé de quatre enfants, Ces enfants âgés entre 5 ans et 7 ans. Pour respecter le droit d'anonymat des patients, leurs noms ont été changés et remplacé par d'autres noms.

| Cas | sexe | Age | Pathologies | type de pathologie | Niveauscolaire | Niveau économique |
|--------|----------|--------|-------------|--------------------|-------------------------|-------------------|
| Anis | Masculin | 5 ans. | TSA. | Moyenne | Pré scolaire | Moyenne |
| Fatima | Féminin | 7 ans. | TSA. | Légère | Deuxième année primaire | Moyenne |
| Amina | Féminin | 6 ans | TSA. | Légère | Première année primaire | Riche |
| Smail | Masculin | 5 ans | TSA. | Légère | Pré scolaire | Riche |

Tableau N°1: Récapitulatif des caractéristiques de groupe d'étude

Les critères de sélection:

Les critères sur lesquels on s'est basée pour la sélection des cas constituant notre groupe de recherche sont les suivants :

↳ Les critères d'inclusion :

- ⇒ Des enfants présentant tous types de TSA nous n'avons pas pris en considération le type de TSA nous s'intéressons à leur langage.
- ⇒ Diagnostic clinique de TSA confirmé par un professionnel de santé.
- ⇒ Avoir une compréhension suffisante de la langue dans lesquelles se déroulera la pratique.

↳ Les critères d'exclusion :

- ⇒ Variation d'âge.
- ⇒ Niveau de compréhension difficile.
- ⇒ Des troubles d'apprentissage similaires.
- ⇒ Problème de prononciation.
- ⇒ L'isolement et manque de concentration.
- ⇒ Les enfants dont le TSA est lié à des troubles associés.
- ⇒ Les enfants présentant des troubles psychiatriques sévères autres que le TSA.
- ⇒ Problème d'acceptation des parents à leur enfant autiste.

5. Méthodes utilisées dans l'étude:

Dans toute démarche scientifique, les méthodes employées jouent un rôle fondamental pour orienter l'étude et garantir la validité des résultats obtenus. La méthode représente un ensemble structuré des règles et des procédures qui permettent d'organiser de manière logique et cohérente le déroulement de la recherche, indépendamment des données spécifiques analysées. Elle se traduit concrètement par des étapes précises dans la préparation, la planification et la réalisation de l'enquête.

Pour notre travail, nous avons choisi d'utiliser la méthode expérimentale dans la psychologie est une démarche scientifique fondamentale qui permet de comprendre et prédire le comportement humain en testant des hypothèses spécifiques dans des conditions contrôlées.

Elle repose sur la manipulation d'une ou plusieurs variables indépendantes pour observer leurs effets sur des variables dépendantes, tout en contrôlant les autres facteurs afin d'établir une relation de cause à effet. L'objectif principal de la méthode expérimentale en psychologie est d'établir des relations de cause à effet entre des variables en contrôlant rigoureusement les conditions de l'étude. Elle vise à comprendre les mécanismes sous-jacents aux comportements et processus mentaux en manipulant une variable indépendante pour observer son impact sur une variable dépendante, tout en éliminant l'influence des facteurs parasites. Cette démarche permet non seulement de décrire et expliquer les comportements observables, mais aussi de prédire les réactions dans des situations similaires, en s'appuyant sur des données fiables et reproductibles. En créant des situations expérimentales contrôlées, la méthode cherche à provoquer des réponses spécifiques afin de tester des hypothèses précises, contribuant ainsi à l'élaboration de lois générales sur le fonctionnement psychologique.

La méthode expérimentale:

La méthode expérimentale est une démarche scientifique qui vise à tester une hypothèse en manipulant une variable (variable indépendante) et en observant son effet sur une autre variable (variable dépendante), tout en contrôlant les autres facteurs potentiellement influents. Elle repose sur l'observation, la formulation d'hypothèses, la réalisation d'expériences, l'analyse des résultats et la conclusion.

C'est une démarche scientifique qui consiste à étudier un phénomène en manipulant directement certaines variables dans un cadre contrôlé afin d'observer leurs effets sur un comportement ou une réponse. Dans le domaine de l'autisme, cette méthode est souvent utilisée sous forme d'analyse fonctionnelle expérimentale pour comprendre les causes et les fonctions des comportements observés chez la personne autiste. Elle permet d'identifier les antécédents et conséquences qui influencent un comportement donné, afin de mieux adapter les interventions.

En résumé, la méthode expérimentale vise à tester des hypothèses par des manipulations contrôlées pour comprendre et modifier les comportements, ce qui est fondamental dans les approches éducatives et thérapeutiques pour les personnes avec trouble du spectre autistique.

Selon Le chimiste Michel-Eugène Chevreul (1856) définit la méthode expérimentale ainsi: « Un phénomène frappe vos sens ; vous l'observez avec l'intention d'en découvrir la cause, et pour cela, vous en supposez une dont vous cherchez la vérification en instituant une expérience. Le

raisonnement suggéré par l'observation des phénomènes institue donc des expériences (...) et ce raisonnement constitue la méthode que j'appelle expérimentale, parce qu'en définitive l'expérience est le contrôle, le critérium de l'exactitude du raisonnement dans la recherche des causes ou de la vérité ».

La méthode expérimentale est une démarche scientifique rigoureuse qui vise à tester une hypothèse en reproduisant un phénomène dans des conditions contrôlées. Elle consiste à manipuler une ou plusieurs variables indépendantes pour observer leurs effets sur une ou plusieurs variables dépendantes, tout en contrôlant les autres facteurs susceptibles d'influencer les résultats. Cette approche permet d'établir des relations de cause à effet de manière objective et reproductible.

Historiquement, la méthode expérimentale a été formalisée par le chimiste Michel-Eugène Chevreul au XIXe siècle et largement développée par Claude Bernard, notamment en médecine et en biologie. Elle repose sur des étapes précises : l'observation d'un phénomène, la formulation d'une hypothèse, la conception d'une expérience contrôlée avec un groupe témoin, la collecte et l'analyse des données, puis l'interprétation des résultats pour confirmer ou infirmer l'hypothèse. Cette méthode est essentielle dans de nombreuses disciplines scientifiques car elle garantit la fiabilité et la validité des connaissances produites. (<https://www.wikipedia.org>).

La méthode expérimentale est une procédure scientifique qui consiste à étudier un phénomène en modifiant délibérément une ou plusieurs variables pour observer leurs effets, tout en contrôlant les autres facteurs susceptibles d'influencer les résultats. Cette démarche permet de vérifier une hypothèse en isolant les causes possibles et en testant leur impact dans un environnement maîtrisé. Elle repose sur la répétabilité des expériences, la comparaison avec des groupes témoins, et l'analyse rigoureuse des données recueillies. Utilisée dans de nombreux domaines, elle constitue un outil fondamental pour produire des connaissances fiables et valides.

La méthode expérimentale désigne une approche scientifique qui combine observation, formulation d'hypothèses et réalisation d'expériences contrôlées afin de comprendre les relations de cause à effet entre différents phénomènes. En manipulant une variable indépendante et en mesurant ses conséquences sur une variable dépendante, tout en maintenant constantes les autres conditions, le chercheur peut valider ou infirmer son hypothèse. Cette méthode est essentielle pour garantir l'objectivité et la reproductibilité des résultats scientifiques.

La méthode expérimentale est une démarche systématique qui permet d'étudier un phénomène en créant des conditions contrôlées pour tester des hypothèses. Elle implique la manipulation d'une variable spécifique et l'observation des effets produits, tout en éliminant les influences extérieures. Grâce à cette approche, les chercheurs peuvent établir des liens de causalité et approfondir la compréhension scientifique, en s'appuyant sur des données mesurables et vérifiables. (<https://www.wikipedia.org>)

La méthode expérimentale est une démarche scientifique rigoureuse qui vise à tester une hypothèse en reproduisant un phénomène dans des conditions contrôlées et en manipulant une ou plusieurs variables indépendantes pour observer leurs effets sur une ou plusieurs variables dépendantes. Cette méthode repose sur plusieurs étapes clés : d'abord, l'observation d'un phénomène qui suscite une question ; ensuite, la formulation d'une hypothèse plausible expliquant ce phénomène ; puis la prédiction des résultats attendus si l'hypothèse est correcte. Vient ensuite la phase de test, où l'on réalise une expérience contrôlée, souvent avec un groupe témoin, pour comparer les effets observés. Enfin, les résultats sont analysés pour confirmer ou infirmer l'hypothèse, et les conclusions peuvent conduire à de nouvelles questions ou hypothèses à tester. La reproductibilité des expériences et le contrôle strict des variables sont essentiels pour garantir la validité et l'objectivité des résultats. Cette méthode est utilisée dans toutes les sciences, de la biologie à la psychologie, et constitue la base de la recherche empirique moderne. Par exemple, la Khan Academy décrit la méthode expérimentale comme un cycle itératif d'observation, question, hypothèse, prédiction et test, soulignant son rôle fondamental dans la production de connaissances fiables. Par ailleurs, Claude Bernard a formalisé cette méthode en insistant sur la nécessité de contrôler les facteurs externes et internes à l'organisme étudié, et d'utiliser des témoins pour comparer les résultats, ce qui a profondément marqué les sciences biologiques et médicales (**Khan Academy**, « La méthode expérimentale » - fr.khanacademy.org)

Claude Bernard, considéré comme le père de la médecine expérimentale, a formalisé cette méthode en insistant sur la nécessité d'un raisonnement rigoureux fondé sur l'expérimentation systématique. Selon lui, l'observation seule ne suffit pas à expliquer les phénomènes biologiques; il faut soumettre les hypothèses à des expériences contrôlées qui permettent de déterminer les causes des phénomènes vivants. Il a ainsi établi les principes du déterminisme en biologie et souligné l'importance d'utiliser des témoins et de contrôler les facteurs externes et internes pour valider les résultats.

Enfin, la méthode expérimentale est un cycle itératif comprenant l'observation, la formulation d'une hypothèse, la prédiction des résultats, la réalisation d'expériences contrôlées, la collecte et l'analyse des données, puis l'interprétation des résultats. Cette démarche est essentielle dans toutes les sciences pour produire des connaissances objectives, vérifiables et reproductibles. (UQAM, « Introduction à l'étude de la médecine expérimentale », Claude Bernard, www.classique.uqam.ca)

La méthode expérimentale est une démarche scientifique rigoureuse et systématique qui vise à comprendre, expliquer et prédire des phénomènes en testant des hypothèses dans des conditions contrôlées. Elle débute par l'identification d'une problématique précise, souvent un verrou scientifique ou technique qui soulève une question non résolue par les connaissances actuelles. Cette étape est cruciale car elle oriente toute la recherche et justifie la nécessité d'une investigation approfondie. Ensuite, le chercheur formule une ou plusieurs hypothèses explicatives, c'est-à-dire des propositions testables qui tentent de répondre à la problématique. Ces hypothèses doivent être clairement justifiées, souvent à partir d'un état de l'art ou d'une revue de la littérature, afin d'éviter les essais empiriques sans fondement.

La phase suivante est celle de la conception et de la réalisation des expérimentations. Le protocole expérimental est élaboré avec soin pour manipuler une ou plusieurs variables indépendantes tout en contrôlant les autres facteurs susceptibles d'influencer les résultats. Les expériences sont menées dans un environnement maîtrisé, parfois en laboratoire, pour isoler l'effet des variables testées. L'utilisation de groupes témoins ou de conditions de contrôle est essentielle pour comparer les résultats et s'assurer que les effets observés sont bien liés aux manipulations effectuées. Il est important de documenter précisément le déroulement des expériences, y compris les difficultés rencontrées ou les échecs, car ceux-ci font partie intégrante du processus de recherche et contribuent à la compréhension globale du phénomène.

Une fois les données collectées, vient l'analyse rigoureuse des résultats. Cette étape implique souvent des méthodes statistiques pour évaluer la significativité des effets observés, vérifier la cohérence des données et détecter d'éventuelles anomalies. L'interprétation des résultats est mise en perspective avec la problématique initiale et les hypothèses formulées. Le chercheur évalue si les hypothèses sont confirmées, partiellement validées ou rejetées, ce qui peut conduire à reformuler les questions ou à proposer de nouvelles hypothèses. Cette phase critique permet aussi de mettre en

lumière des résultats inattendus ou des limites méthodologiques, ouvrant la voie à de futures recherches.

Enfin, la démarche expérimentale se conclut par la synthèse et la communication des conclusions, souvent sous forme de rapports, articles scientifiques ou dossiers techniques. La reproductibilité des expériences par d'autres chercheurs est un principe fondamental garantissant la fiabilité des connaissances produites. La méthode expérimentale est donc un cycle itératif d'observation, hypothèse, expérimentation, analyse et conclusion, qui permet de construire un savoir objectif, vérifiable et évolutif.

Historiquement, cette méthode a été formalisée au XIX^e siècle par Michel-Eugène Chevreul, puis largement développée par Claude Bernard, qui a insisté sur le contrôle rigoureux des conditions expérimentales et l'importance des groupes témoins, notamment en médecine et biologie. Aujourd'hui, elle est la pierre angulaire de la recherche scientifique dans tous les domaines, de la physique à la psychologie, en passant par les sciences sociales et les technologies.

(Université Mohammed V, « Étapes de la démarche expérimentale », 2025 (référence générale issue des pratiques universitaires)).

La méthode expérimentale dans le cas de l'autisme repose sur des approches rigoureuses visant à évaluer et améliorer les capacités des personnes autistes par des interventions personnalisées, intensives et scientifiquement validées. Parmi les méthodes les plus reconnues, on trouve l'Analyse Appliquée du Comportement (ABA), qui utilise des techniques de renforcement positif pour encourager les apprentissages ciblés, en alternant séances structurées et enseignement dans la vie quotidienne. Cette méthode part des intérêts de l'enfant pour créer de la motivation et favorise des progrès dans la communication, les habiletés sociales et l'autonomie. Le programme TEACCH complète cette approche en structurant l'environnement de l'enfant avec des repères visuels, afin de compenser les déficits neurologiques et favoriser l'autonomie dans les activités quotidiennes, scolaires et sociales.

Une autre approche expérimentale est le Traitement de la Réponse Charnière (PRT), qui cible des domaines clés du développement tels que la motivation, l'auto-gestion et les initiations sociales, afin de provoquer une amélioration générale dans plusieurs domaines comportementaux et sociaux. Cette méthode intègre la motivation de l'enfant en lui laissant le choix des activités et en utilisant des renforcements naturels. Par ailleurs, la thérapie d'échange et de développement (TED)

mise sur l'interaction ludique pour mobiliser les fonctions cérébrales déficientes, particulièrement avant l'âge de 4 ans, période de forte plasticité neuronale.

Certaines méthodes plus récentes ou alternatives, comme la méthode des 3i (intensive, individuelle, interactive), proposent une prise en charge intensive à domicile par le jeu, avec un encadrement familial et bénévole, bien que cette méthode ne soit pas encore validée officiellement par les autorités sanitaires.

Toutes ces interventions expérimentales sont caractérisées par leur personnalisation, leur intensité, leur multidimensionnalité et leur étroite collaboration avec les familles, considérées comme partenaires clés. L'évaluation régulière des progrès est essentielle pour ajuster les stratégies et optimiser les résultats, car chaque personne autiste réagit différemment aux méthodes proposées.

Ainsi, la méthode expérimentale en autisme doit toujours veiller à respecter la singularité de chaque individu tout en cherchant à améliorer sa qualité de vie par des interventions fondées sur des preuves scientifiques solides. (<https://www.craif.org>)

6. Les outils de l'étude:

Pour pouvoir démontrer les difficultés sociales et communicative d'un enfant autiste on a utilisé parmi les techniques de recherche le programme de TEACCH.

Technique de TEACCH:

La méthode TEACCH (Treatment and Education of Autistic and related Communication Handicapped Children) a été développée aux États-Unis à la fin des années 1960 par Éric Schopler, psychologue reconnu et pionnier dans la recherche sur les Troubles du Spectre de l'Autisme (TSA).

Élève du pédagogue et psychologue Bruno Bettelheim, Schopler a contribué de manière significative à révolutionner les approches thérapeutiques destinées aux personnes autistes.

Cette méthode vise à offrir aux personnes porteuses de TSA un environnement structuré, organisé et adapté à leurs besoins spécifiques. Grâce à des repères visuels et temporels clairs, l'espace est aménagé pour faciliter la compréhension et la gestion du quotidien, ce qui favorise le développement de leur autonomie et de leur confiance en eux. L'objectif principal est de leur fournir tous les outils nécessaires pour apprendre efficacement, communiquer et mieux s'intégrer socialement.

Concrètement, la méthode TEACCH utilise des supports visuels tels que des pictogrammes, des plannings et des routines stables afin de rendre les activités prévisibles et compréhensibles. Cette organisation structurée permet de réduire l'anxiété liée à l'incertitude et d'améliorer la participation active des personnes autistes dans leurs apprentissages et leurs interactions. En s'adaptant aux capacités individuelles, TEACCH favorise un apprentissage personnalisé et respectueux du rythme de chacun. (<https://www.autismeinfoservice.fr>)

Les caractéristiques de ce programme:

Structuration de l'environnement : TEACCH organise l'espace et le temps autour de supports visuels (pictogrammes, photos, emplois du temps) et d'une organisation prévisible. Cette structuration explicite les attentes et segmente les tâches de façon répétitive, ce qui réduit l'anxiété et aide la personne avec TSA à mieux comprendre son environnement.

⇒ **Individualisation des apprentissages** : Chaque intervention est adaptée aux capacités, déficits et contexte familial de la personne, grâce à des évaluations régulières. Les objectifs ciblent des domaines clés tels que l'imitation, la communication, l'autonomie et les habiletés sociales.

⇒ **Approche développementale et éducative** : TEACCH privilégie un enseignement structuré basé sur le niveau de développement actuel de l'individu, plutôt qu'une modification comportementale stricte. Les stratégies pédagogiques évoluent en fonction des progrès réalisés.

⇒ **Collaboration parents-professionnels** : Les parents sont pleinement impliqués dans les évaluations et la mise en œuvre des stratégies à domicile, assurant une cohérence entre les différents environnements de vie. Cette collaboration inclut formations et partage d'outils.

Domaines d'intervention clés:

⇒ **Autonomie** : mise en place de routines quotidiennes (exemple : rituel du matin)

⇒ **Communication** : utilisation d'alternatives visuelles pour compenser les difficultés langagières

⇒ **Intégration sociale** : scénarios pour gérer les interactions et situations sociales

⇒ **Gestion des comportements** : stratégies préventives pour réduire les comportements défis.

Ces caractéristiques font du programme TEACCH une méthode éducative structurée, flexible et centrée sur la personne, adaptée aux besoins spécifiques des personnes avec TSA tout au long de leur vie.

7. Les étapes du déroulement notre étude:

Nous nous sommes présentés comme étant étudiante de psychologie clinique en master II à l'université d'Abderrahmane Mira de Bejaia, afin d'arriver à réaliser notre travail de recherche intitulé « Les compétences socio-communicatives chez l'enfant autiste ». Nous avons présenté ce thème à l'équipe pluridisciplinaire, en expliquant son intérêt et son importance avant de commencer.

Notre stage s'est déroulé au sein du service de pédopsychiatrie, sur une période d'un mois, du 6 janvier au 10 février 2025. Nous avons réalisé environ cinq séances, de 9h à 15h, deux fois par semaine, suivant le rythme de travail du service qui alterne deux jours de travail et deux jours de repos.

Dès notre arrivée, nous avons rencontré toute l'équipe composée de psychologues, orthophonistes et autres professionnels. Nous avons visité les différentes salles spécialisées, telles que la salle d'habiletés sociales, la salle d'Argos thérapie et la salle de stimulation, chacune jouant un rôle spécifique dans la prise en charge des enfants.

Après avoir discuté avec l'orthophoniste de notre thème, elle nous a présenté plusieurs cas correspondant à nos objectifs. Une fois le groupe de recherche choisi, nous avons observé les enfants concernés et participé activement aux séances.

Pendant ces séances en salle de stimulation, l'orthophoniste proposait diverses activités pédagogiques: lecture d'histoires suivie d'échanges, reconnaissance des chiffres, coloriage, identification d'images (fruits, légumes) et tri de formes similaires. Ces activités, individuelles ou en groupe, visaient à développer les compétences des enfants tout en instaurant une relation de confiance.

Nous avons aussi utilisé des jeux, comme le ballon, pour encourager la motricité, favoriser l'interaction et observer les comportements. Ces séances nous ont permis de collecter des informations importantes pour adapter le programme TEACCH, en fonction des besoins spécifiques des enfants, notamment pour étudier leur langage.

8. Les difficultés de notre étude:

Durant notre recherche, nous avons rencontré plusieurs difficultés qui ont impacté le déroulement de notre étude. Tout d'abord, l'isolement du lieu de stage a rendu l'accès compliqué, et l'acceptation au sein de ce lieu a été difficile à obtenir. Les problèmes de transport ont également constitué un obstacle.

De plus, la durée relativement courte du stage ne nous a pas permis d'observer un grand nombre de cas ni d'approfondir pleinement notre apprentissage. Le thème de notre recherche s'est avéré complexe, et nous avons souffert du manque d'outils adaptés pour mener à bien notre étude.

Par ailleurs, les comportements stéréotypés des enfants autistes ont parfois rendu l'observation et l'interaction délicates. Nous avons aussi constaté un déficit d'études antérieures sur notre thématique, ainsi qu'une insuffisance d'ouvrages disponibles dans la bibliothèque universitaire.

Enfin, certaines informations essentielles à notre objet d'étude n'étaient pas accessibles, ce qui a limité notre analyse. Malgré ces obstacles, cette expérience nous a permis d'identifier clairement les besoins et les défis à relever pour de futures recherches.

Synthèse:

En conclusion, il convient de noter que chaque étude scientifique nécessite une démarche, une méthode et des outils de vérifications spécifiques pour atteindre l'objectif inspiré.

Nous avons pu organiser notre travail de recherche grâce à ce chapitre méthodologique, comprendre le processus clinique et comprendre l'importance de l'étude de cas dans la recherche en psychologie clinique, ainsi que découvrir les techniques à utiliser pour analyser le contenu des cas.

Le présent chapitre synthétisée l'importance de la méthodologie dans tout travail ou recherche scientifique, elle est considérée comme une partie principale dans une recherche et dans l'objectif d'atteindre les résultats qui seront soumis à l'analyse et l'interprétation et leur vérification par rapport à l'hypothèse posé initialement

CHAPITRE IV

LA PRESENTATION, L'ANALYSE
ET LA DISCUSSION DES RESULTATS

Préambule:

Nous allons aborder dans le chapitre qui suit, la discussion des hypothèses afin de répondre à la question de notre problématique, et ce dans l'objectif d'affirmer nos hypothèses.

Pour la réalisation de cette recherche dans l'objectif de réunir et rassembler des informations en relation avec les enfants autistes, les compétences socio communicative. De ce fait afin qu'on puisse accéder à ces informations, nous avons opté à l'utilisation le programme de TEACHH.

1. La présentation des cas:

Le programme de TEACHH:

↳Présentation et analyse:

1.1/ Première cas: Anis / 5 ans

Anis est un garçon de 5 ans c'est le deuxième enfant dans la famille qui niveau économique moyen et leurs niveaux scolaire étudie au pré scolaire, il est diagnostiqué par le trouble du spectre autistique de sévérité moyenne à l'hôpital psychiatrique de Oued Ghir "service pédopsychiatrie" cet enfant présent des problèmes des langages en particulier des anomalies dans le langage orale ou verbale.

Dans le plan de sa communication est faible et limitée par des gestes restreint qui affectée leurs interactions avec des autres pairs et exprimer pas ce que veut ou ces qui dans leurs pensée. Durant les activités cet enfant est très attaché à ses habitudes et routines, et il n'accepte pas les changements et les transitions durant les activités et les jeux c'est à dire il s'adapte pas. Ce garçon semble également à passer rapidement de l'excitation à la frustration ou la colère.

Anis est hypersensible à certains bruits forts et ce qui peut provoquer chez lui des réactions émotionnelles intenses. Il montre le manque d'interaction avec son environnement.

Sur le plan moteur, sa motricité globale est bonne, mais il rencontre encore des difficultés avec la motricité fine, notamment pour réaliser des gestes précis.

➡ Mise en place du programme TEACCH :

On a choisir le TEACHH pour réduire l'anxiété et favoriser l'autonomie de anis et pour améliorer leur langage orale, on utiliser des différents images et des pictogrammes qui présente différents situation qui présenter les activités de la journée pour aider a améliorer leur autonomie et favoriser et anticiper les changements pour mieux réduire ses transition et arriver à adapter. Ce

programme mettre différents et plusieurs zones, et Chaque zone est équipée de matériel adapté et facilement accessible et avec environnement très calme et organisé pour faciliter les consignes et les tâches chez anis. Anis pendant la passation ce programme est très calme, il ne parle pas beaucoup est limité leurs langage.

On vas donné des consignes a anis de façon clair, et court, simple avec des images pour faciliter leur compréhension dans la passation des tâches et pour le encourager a travers l'utilisation des renforcements positif et des félicitations, "comme très bien anis", "voilà continu", " il ya une Cadeau lorsque tu arriver a terminé", pour valoriser leur effort et donner plus pour arriver a des résultats positifs.

Dans le plans de communication on a mettre des conversations petit et très simple avec lui comme la répétition certains mots , essayer de attiré le contact visuel de anis et plus on a demandé de mettre chaque image a ce qui signifie ,a travers les zones de programme anis mettre leur attention a nous et a l'activité, et pour les parents ont été formés à cette méthode pour le faire dans la maison pour que les routines soient cohérents entre l'école et le domicile, favorisant ainsi une continuité bénéfique pour Anis et leur langage oral.

A partir les différentes séances qu'ont fait avec anis, on remarqué que il est améliorée dans plusieurs domaines comme il est devenu plus autonome dans les gestes de la vie quotidienne, comme se laver, ranger ses affaires. Grâce a les étapes qui suivi a travers la structuration visuelle de programme et aussi on a observé que il accepté mieux les changements d'activités et les transitions, ce qui a considérablement réduit la fréquence et l'intensité de ses crises et favoriser leur motricité fine ce qui est facilité à faire divers activités qui aura pas des difficultés dans le plan moteur.

Sur le plan de la communication, Anis arriver a exprimé leur idée, leurs pense et leur émotions a travers l'utilisation des gestes davantage des gestes et commence à associer des images à des mots simples, ce qui facilite leur langage orale, anis commence a créé des amis et mettre des échanges avec les autres ce qui facilite la création des liens sociaux, Il participe plus activement aux activités de groupe, ce qui favorise son inclusion sociale et son développement affectif.

Synthèse de Anis:

Dans le premier cas "Anis" a été diagnostiqué avec un trouble du spectre de l'autisme de degré moyen. Il présente un retard important dans le langage verbal, sa communication se limite

principalement à quelques gestes restreints, ce qui rend difficile l'expression de ses besoins et de ses émotions. Son langage est incompréhensible, non fonctionnel et ne lui permet pas de communiquer efficacement.

Il est également incapable de pointer du doigt ou d'utiliser le langage gestuel pour exprimer ses désirs. Ces difficultés affectent ses relations sociales et sa capacité à s'adapter aux changements. Très attaché à ses habitudes et routines, Anis refuse les nouvelles situations.

Cependant, les résultats obtenus grâce au programme TEACCH montrent des progrès encourageants: il est devenu plus autonome dans les gestes de la vie quotidienne, supporte mieux les changements d'activités et les transitions, ce qui a considérablement réduit la fréquence et l'intensité de ses crises.

De plus, il participe davantage aux activités de groupe, ce qui favorise son inclusion sociale et son développement affectif.

↳ **Présentation et analyse:**

1.2/ Deuxième cas: Fatima / 7 ans

Fatima est une fille de 7 ans ayant deux frères qui vive dans une famille niveau économique moyen et étudie deuxième année primaire, elle a diagnostiquée avec un trouble du spectre autistique (TSA) de sévérité légère a l'hôpital psychiatrique de Oued Ghir service pédopsychiatrie. Elle a étudié de troisième année primaire, elle a deux frères.

Fatima possède une bonne maîtrise du langage verbal, elle est exprimé de façon clair et correct ses idées et ses pensées. Cette compétence langagière donner une chance de créé des relations avec leur environnement.

Malgré cette bonne maîtrise du langage verbal, Fatima présente des difficultés spécifiques dans la communication pragmatique, c'est-à-dire dans le langage social. Fatima présente des anomalies et des difficultés dans l'utilisation et la compréhension et l'utilisation des règles qui réagissent dans les échanges sociaux c'est-à-dire avec l'entourage. Pendant la conversation avec les autres elle respect pas leur tour et prendre la parole sans arriver leur tour.

Ces troubles pragmatiques limitent sa capacité à s'intégrer harmonieusement dans les interactions sociales, ce qui peut provoquer des malentendus, des isolements sociaux.

Fatima ne présente pas seulement les problèmes de communication pragmatique mais elle aussi déconcentre rapidement et met pas leur attention lorsqu'on a demandé des consignes longue et complexe a réalisé.

Cette fille attache à des activités qui mettront la routine, Ayant des comportements d'évitement vers des nouvelles situations. Ce qui mettra une difficulté a d'anticiper a différents événements de vie ce qui impact à limiter ses expériences social. Et sur plan de motricité est bonne.

➔ Mise en place le programme de TEACHH:

On a utilisé le programme TEACCH pour prendre en compte les forces et les difficultés de Fatima. On a utilisé un emploi visuel individualisé pour structurer sa journée qui composé des différents images, pictogrammes.

Pour avancé les différentes activités on a utilisé des consignes écrites simple et clair pour faciliter les tâches et la compréhension et aide Fatima à mettre son attention ce qui on a demandé à elle et évitant la surcharge cognitive ces consignes sont composants des étapes illustré a suivi.

Pour l'aider on a utilisé des exercices de respiration qui sont intégrés dans son programme quotidien, ainsi que l'utilisation d'objets sensoriels adaptés à ses besoins comme des jeux, les objets visuels.

Par ailleurs, on a intégré Fatima aux petit groupe avec des autres enfants pour travailler a ses compétences sociales, sont des séances qui organisé ou chacun réagir vers l'autre, on a utilisent divers supports visuels, tels que des photos et des jeux de rôle, pour expliquer les règles sociales, les émotions et les interactions entre pairs, comment et quand prendre le tour dans la conversation. Dans le but améliorer la qualité des échanges avec les autres.

Après plusieurs séances régulières avec Fatima on a remarqué que elle améliore leur compréhension des règles et des attentes sociales ce qui facilite a interprété les situations sociales et différents contextes sociaux soit a l'école où à la maison et ce qui concerne leur attention sur diverses activités, on a demandé à elle s'est renforcée soit en classe ou a la maison ce qui avance dans leur étude et faculté leur apprentissage en divers matière.

Sa capacité à maintenir son attention sur les activités s'est renforcée, que ce soit en classe ou à la maison, ce qui facilite son apprentissage, sa participation active et son engagement dans les tâches proposées.

Les outils visuels donnent un grand impact de réduire le comportement d'évitement et l'isolement et ce qui invite à participer grâce à la compréhension des différents consignes. D'habitude d'utiliser ce programme vient de donner une confiance à elle et plus grande autonomie dans la gestion de sa journée.

On a remarqué que cette fille être activé dans la participation aux divers activités de groupe avec ses camarades. Alors même les relations sociales avec les amis et leur enseignants et membre de la famille sera être amélioré et plus harmonieuses ce qui favorise l'inclusion scolaire et sociale, avec une meilleure communication, elle arriver de créer des conversations très claires et courtes, qui diminuer une réduction des tensions et d'un apaisement général dans son environnement familial.

Synthèse:

Dans deuxième cas " Fatima " a récemment été diagnostiquée par un pédopsychiatre avec un trouble du spectre de l'autisme (TSA) de degré léger. Elle possède un bon langage oral et parvient à exprimer correctement ses émotions et ses idées. Cependant, elle rencontre des difficultés dans la communication pragmatique: elle ne comprend pas bien les échanges sociaux.

Fatima présente des anomalies significatives principalement dans les relations sociales, les réponses émotionnelles et les réponses visuelles. Ces troubles pragmatiques limitent sa capacité à s'intégrer harmonieusement dans les interactions sociales, ce qui peut entraîner des malentendus, des frustrations ou un isolement social.

Elle manifeste également des problèmes d'attention lors de consignes longues et adopte parfois des comportements d'évitement, ce qui restreint ses expériences sociales.

Les résultats obtenus grâce au programme TEACCH confirment que sa compréhension des attentes sociales s'est nettement améliorée. Elle interprète désormais plus facilement les règles et comportements attendus dans différents contextes sociaux et a réduit ses comportements d'évitement.

↳Présentation et analyse:

1.3/ Troisième cas : Amina / 6 ans

Amina est une fille de 6 ans diagnostiquée avec un trouble du spectre autistique (TSA) de sévérité légère. Elle a une seule sœur, étudie première année primaire, ces parents être riches. Amina commence à parler à l'âge de 12 mois, et développé des capacités de partage son attention conjointe

avec une autre personne sur un objet ou un évènement. Et son premier mot est apparu à 18 mois et à l'âge de 2 ans. Elle pratiquait déjà le jeu symbolique.

Malgré aura une bonne motricité et une capacité d'imitation, mais cette fille présente des difficultés sur leur développement globale elle a des mal comprendre grâce a des problèmes d'articulations qui touche leur langage verbal ou orale. Elle a des difficultés à percevoir et à intégrer les schémas corporels et aussi elle ne sait pas les catégorisations et désignation des objets comme les formes et les couleurs etc... tout ça mettra un échec scolaire et retard dans l'apprentissage.

Amine présent des anomalies aux niveaux de la communication non verbale, elle a mal à interprété et arriver de reconnaître les gestes sociaux des autres ce qui complique ses interactions sociales et peut entraîner des malentendus ou des isolements social et émotionnel. Par ailleurs, même le milieu familial de Amina elle n'est pas donner d'aide c'est un milieu de stress.

➔ Mise en place du programme TEACCH

On a utilisé une évaluation qui est complète et individualisé pour un but d'arriver d'améliorer l'articulation et la motricité fine et globale et le schéma corporel et aussi améliorer leur communication et la compréhension social et renforcé la capacité à désigner et catégories devers objets et les formes et les couleurs et arriver de développer leurs compétences sociales et pragmatiques.

On a fait ce programme dans le milieu organisé et clair et visuel, elle est calme pendant la passation des activités, ces activités composé différents pictogrammes et des images et les photos et ce qui concerne les consigne sera être clair et écrite pour structurer sa journée quotidien, on a choisir visuel pour Amina permet d'anticiper les différents activités.

Pour éduquer Amina on présente des activités éducatives qui combien des étapes simples et clair et répétitives pour assurer le niveau de leur apprentissage et le favoriser et aussi leur autonomie de la vie quotidienne. Et aussi ces activités constituent des exercices spécifiques visent à améliorer le coté de l'articulation, et la compréhension des gestes sociaux pour le arriver de créé des liens avec les autres.

Après plusieurs séances régulières avec Amina on a remarqué que elle améliore dans divers domaines a travers l'utilisation des supports visuels structurés qui donner un impact sur l'amélioration sa compréhension des consignes et son anticipation des activités.

Sur le plan verbal, une amélioration notable de l'articulation a été observée, accompagnée d'un enrichissement de son vocabulaire fonctionnel. Elle a renforcé sa capacité à désigner et nommer les objets, formes et couleurs grâce à des exercices répétitifs et adaptés à son rythme.

Concernant la communication non verbale Amina a amélioré leur capacité de reconnaissance et l'interprétation des gestes sociaux, elle a utilisé de manière plus adaptée dans ses interactions avec les pairs et les adultes ce qui favorisant une meilleure réciprocité sociale et une intégration plus harmonieuse. Même les relations sociales avec leur membre de famille être plus active et harmonieuse.

Même leur côté de motricité être bonne et renforcé son autonomie dans leur vie quotidienne notamment les tâches simple et utilisation des routines visuelles ce qui vie a adopté des réalisations des tâches plus complexe et améliorer la confiance a soi même.

Synthèse:

Dans le troisième cas "Amina" a été diagnostiquée avec un trouble du spectre de l'autisme de degré léger. Elle présente des difficultés d'articulation qui affectent son langage oral. Elle éprouve également des problèmes dans la désignation et la catégorisation des objets, des couleurs, etc.

Amina a du mal à reconnaître et à interpréter les gestes sociaux des autres, ce qui limite ses interactions sociales. Elle ne manifeste aucun intérêt à interagir avec sa famille ou avec les autres enfants, ce qui entraîne des difficultés dans la communication et la sociabilité, et peut conduire à un isolement.

Les résultats du programme TEACCH ont montré une amélioration notable de son articulation, accompagnée d'un enrichissement de son vocabulaire fonctionnel. Sa capacité à reconnaître et interpréter les gestes sociaux s'est également améliorée, ce qui lui permet d'adopter des comportements plus adaptés dans ses interactions avec ses pairs et les adultes. Ces progrès favorisent une meilleure réciprocité sociale et une intégration plus harmonieuse.

↳Présentation et analyse:

1.4/ Le quatrième cas: Smail / 5 ans

Smail est un garçon de 5 ans diagnostiqué avec un trouble du spectre autistique (TSA) de sévérité légère. Il vive dans une famille riche et il est aura trois frères, et étudiée aux niveaux près scolaire.

Sur le plan moteur, Smail a présenté un retard léger avec une acquisition de la marche à 14 mois. Cette acquisition tardive peut avoir un impact sur le développement de la motricité fine et la coordination.

Smail présente un retard important dans le niveau de langage, il est traité pas bien les consignes verbale ce qui limiter leur échange avec son entourage et aussi ce qui concerne le niveau de leur compréhension verbale ou orale est faible.

Son vocabulaire est restreint et limité ce qui faible et influencé sur les capacités à s'exprimer pleinement et à participer activement aux interactions sociales et des activités du groupes et malgré ces difficultés, Smail utilisé le type de langage de manière pragmatique, c'est-à-dire qu'il parvient à communiquer dans des situations sociales concrètes pour exprimer ses besoins ou ses désirs de manière clair et tous ce qui il veut.

➔ Mise en place du programme TEACCH:

Ce programme vie a réalisé plusieurs domaines clés notamment sur la communication verbale et non verbale, l'imitation en plus la compréhension sociales ainsi que la motricité fine et globale.

Cette évaluation multidimensionnelle a permis de définir les objectifs prioritaires d'intervention pour Smail pour améliorer la compréhension et de l'expression verbale, le développement des compétences sociales et l'autonomie dans les activités quotidiennes.

Smail fait leur évaluation dans le milieu très structuré de façon visuellement pour arriver de favoriser sa compréhension souvent les changements d'activité. On utilise des supports visuels différents telle que des pictogrammes, des photos et des consignes écrites ont été mis en place pour clarifier les attentes ces supports adaptés à son niveau de compréhension vise a rendre l'information plus accessible et prévisible.

Un emploi du temps visuel détaillé organisé sa journée en différentes activités clairement définies ce qui lui permet de mieux gérer son temps. Cette structuration est importante pour favoriser son engagement dans les tâches. vise aussi a faciliter la compréhension des différentes phases de la journée pour aide Smail à se repérer dans son environnement et maintenir son attention.

On a éduqué Smail à travers divers activités éducatives qui décomposées en étapes simples et répétitif et clair s simples ce qui facilite leur assimilation et l'apprentissage. Ces activités

éducatives permet à Smail de maîtriser chaque étape avant de passer à la suivante et efforçant ainsi sa confiance et son autonomie.

En lui proposant des exercices de groupe pour favoriser le développement de ses compétences sociales et communicationnelles avec d'autres enfants pour créer des échanges sociaux et Smail utilise beaucoup plus l'imitation car elle facilite la compréhension des comportements attendus et des interactions sociales et l'apprentissage.

Après plusieurs séances avec Smail à travers ce programme on a remarqué que il est adapté certains domaines tels que leur compréhension des consignes est notamment améliorée et participer à des activités et supporte des changements et des situations nouvelles de l'environnement et diminue le comportement d'opposition vers des événements de vie.

Sur le plan de la communication verbale, son vocabulaire s'est enrichi ce qui facilite ses échanges quotidiens avec les adultes et ses pairs et lui permet d'exprimer plus clairement ses besoins et ses émotions.

Concernant la communication non verbale Smail utilise des gestes sociaux tels que le salut, le pointage ou le regard partagé ce qui améliore la qualité et la fluidité de ses interactions avec les autres. Ces gestes renforcent la réciprocité sociale et favorisent l'intégration dans les groupes.

L'environnement structuré et la répétition des tâches renforce le développement d'autonomie dans des routines quotidiennes comme l'hygiène ou le rangement. Tout ça renforce à lui la confiance de soi et le bien-être et son inclusion sociale.

Synthèse:

Dans le quatrième cas "Smail" a été diagnostiqué avec un trouble du spectre de l'autisme de degré léger. Il présente des troubles du sommeil ainsi que des difficultés au niveau moteur. Sa compréhension orale est limitée, ce qui complique le traitement des consignes et réduit sa capacité à participer activement aux interactions sociales.

Ces difficultés affectent principalement la communication verbale, les relations sociales et les réponses émotionnelles. Son vocabulaire est restreint, ce qui limite son expression et sa participation dans les échanges sociaux.

Les résultats du programme TEACCH ont montré une amélioration de sa compréhension des consignes, lui permettant désormais d'anticiper les activités, et diminuer ses comportements d'opposition. Son vocabulaire s'est enrichi, ce qui facilitant ainsi ses échanges quotidiens avec les adultes et ses pairs, et il permet de s'exprimer plus clairement ses besoins et ses émotions.

2. La discussion des hypothèses et l'interprétation des résultats :

Dans cette partie de notre quatrième chapitre, nous allons discuter notre hypothèse, afin répondre à la question de notre problématique et d'affirmer ou d'informer l'hypothèse que nous avons formulées précédemment.

Notre objectif de recherche est de comprendre ce que les enfants atteints d'autisme pouvant développer et améliorer leur communication soit verbale ou non verbale et arriver à créer des liens sociaux avec les pairs, avec une bonne prise en charge.

Notre étude a été faite au niveau du service de la pédopsychiatrie (ESH OUED GHIR), sur quatre enfants autistes âgés entre (5 ans, 7 ans).

Dans le but de répondre à notre question de départ, on a proposé deux l'hypothèse suivante: Certains enfants atteints d'autisme ont vu leur communication, qu'elle soit verbale ou non verbale, facilitée grâce au programme TEACCH, une méthode reconnue pour son efficacité à structurer l'apprentissage et à adapter les supports de communication à leurs besoins spécifiques.

Et l'autre c'est La communication permet de diminuer l'isolement de l'enfant autiste en facilitant son intégration au sein du groupe. Elle encourage sa participation aux activités, stimule ses réactions et favorise les échanges sociaux avec les autres.

À partir de la confrontation rigoureuse des données issues de la revue de littérature et des résultats issus de notre analyse empirique, il apparaît que les enfants présentant un trouble du spectre autistique (TSA) de degré moyenne et léger qui rencontrent des difficultés communicationnelles profondes, complexes soit verbale ou non verbale qui affectent simultanément les relations sociales ou les comportements d'évitement, ces difficultés ne sauraient être réduites à un simple retard développemental, elles traduisent au contraire des anomalies qualitatives majeures où ces enfants perçoivent, interprètent et interagissent avec leur environnement social perturbé ainsi leur capacité est faible à établir des relations interpersonnelles riches et adaptées.

On a remarqué que ces enfants présentant problème dans l'altération du contact visuel qui éprouve une difficulté notable à maintenir un regard soutenu avec leurs interlocuteurs, que ce soit lors d'échanges verbaux ou dans un groupe. Ce déficit dans le regard peut être interprété à tort comme un désintérêt envers l'autre et aussi présentent un problème dans le partage de l'attention conjointe vers les autres parce que sont mettre eux attention seulement a des objets pas a des personnes qui l'entoure. Sont mal à suivre les consignes ou les étapes de l'activité qui est on à donner à réaliser, sont déconnecté de façon rapidement. Ce déficit perturbé considérablement la qualité des interactions sociales, car le partage de l'attention est important pour le développement du langage, l'apprentissage social et la compréhension des intentions d'autrui.

Sur le plan verbal, ces quatre enfants présentent des troubles variés qui affectant la compréhension que l'expression du langage. Ils éprouvent des difficultés à saisir les mots et les phrases ou des consignes. Cette difficulté à décoder les messages oraux, et créé des frustrations accrue et un retrait progressif des interactions sociales. Le vocabulaire est restreint et faible n'est pas riche et la capacité à construire des phrases grammaticalement correctes et cohérentes être limitée. Ils sont n'arrivent pas a exprimer clairement leurs besoins, leurs émotions et leurs pensées, et complique leur participation active aux échanges sociaux.

Au-delà ces enfants présentent une altération profonde des relations sociales. Ils montrent souvent un comportement d'évitement et l'isolement, évitant les échanges avec les pairs et les adultes ce qui limitent la participation aux activités de groupe collectives notamment les jeux partagés. Ils sont évite les situations nouvelles parce qu'ils sont attachant beaucoup plus à la routine quotidienne ce qui traduisent une grande difficulté a s'adapter au divers contexte sociaux. Ces comportements rigides s'accompagnent fréquemment des stratégies d'évitement social, qui limité les capacités à établir et à maintenir des liens sociaux durables et satisfaisants avec des enfants de même âge où au sein de groupes plus larges. Cette altération touché aussi la réciprocité émotionnelle, sont réagissent pas ce qui ressentir et partagent pas les émotions ou ne pas comprendre les règles sociales telles que le respect du tour de parole, ce qui complique encore davantage la qualité et la fluidité des interactions avec les autres.

À travers mes recherches et observations naturelle, il est apparu que ces enfants présentant des déficits profonds et persistants dans la capacité à comprendre et à utiliser la communication, qu'elle soit verbale ou non verbale c'est à dire aura une retard de traduisent et l'acquisition le langage comme la répétition des phrases et des mots, soit l'absence totale du langage. Ce qui ils

éprouvent des difficultés majeures à décoder et à interpréter les émotions, ce qui limite les capacités à engager des interactions sociales adaptées et l'inclusion sociale.

Cette déficience communicationnelle constitue ainsi un obstacle central dans les relations sociales, et pour développer ces compétences on a utilisé le programme de TEACHH qui donner des résultats positives et grâce à lui on a favorisé les inclusions sociale et les participations active dans un groupe et les échanges avec les pairs et les adultes. Il s'agit notamment de travailler sur la compréhension et l'utilisation des signaux sociaux, la capacité à initier et maintenir des interactions, l'expression des émotions et des besoins, ainsi que la gestion des comportements inadaptés chez ces enfants autistes.

Selon les résultats obtenus avec ces enfants autistes, **on va confirmer la première hypothèse** sur que le programme TEACCH constitue une méthode particulièrement efficace pour favoriser le développement de l'autonomie ainsi que les compétences langagières et émotionnelles et réduire les compléments d'évitement et la motricité fine et globale. A partir l'utilisation des exercices éducative et des consignes écrit et aussi les supports visuels ainsi que des emplois du temps clairs et structuré et l'environnement favorable ou l'enfant autiste mène calme et à l'aise et utilisé la répétition des tâches, ce qui aide les enfants à mieux comprendre et anticiper leur environnement pour faciliter l'apprentissage et anticiper a des changements de vie quotidienne.

Le programme de TEACCH encourage la participation des enfants TSA a intégré dans un groupe et participer activement, il vise aussi a favoriser le développement des compétences sociales essentielles telles que l'écoute, le respect du tour de parole, et la reconnaissance des émotions chez autrui. Le programme aide aussi les enfants à exprimer leurs idées et leurs émotions plus efficacement a travers des gestes et comportements adaptés. (Autisme info service)

Suite à l'intégration ces enfants dans un groupe structuré selon les principes de TEACCH, nous avons constaté des améliorations significatives dans leurs capacités de communication et leurs interactions sociales. Un climat de partage et d'échange est amélioré entre eux, même l'attention s'est davantage portée sur les personnes que des objets.

Sur le plan de la communication non verbale, leur aptitude à interpréter et à utiliser des signaux tels que le regard, les gestes et les expressions faciales s'est également améliorée. Ces avancées leur permettent d'engager des échanges plus spontanés et significatifs avec l'entourage

familial et favorisant ainsi une intégration sociale plus harmonieuse et un développement global plus équilibré et stable et créé une confiance de soi et le bien être de l'enfant.

À l'issue de notre étude, **on va confirmer notre deuxième hypothèse** que la communication constitue un levier fondamental dans la réduction de l'isolement chez l'enfant autiste. En effet, la communication représente le principal moyen par lequel l'enfant peut interagir avec son environnement social, lui permettant d'établir des liens, d'échanger des informations et de partager des émotions

Lorsque les modes et outils de communication sont adaptés à ses besoins spécifiques, l'enfant autiste arrive à développer des échanges plus riches, plus spontanés et plus significatifs avec son entourage. Elle permet notamment à l'enfant d'apprendre à écouter activement, à respecter les règles implicites de la conversation telles que le tour de parole, ainsi qu'à reconnaître et à interpréter les émotions exprimées par les autres. Ces compétences sont souvent déficitaires chez les enfants autistes.

En effet, l'enfant autiste rencontre souvent des obstacles à comprendre et à répondre aux sollicitations sociales, à interpréter les émotions des autres, ou à établir un contact visuel et un échange verbal, ce qui entraîne un isolement et des difficultés de socialisation.

Et pour améliorer la communication, qu'elle soit verbale ou non verbale et inviter l'enfant autiste à mieux exprimer ses besoins, ses émotions et ses pensées, réduisant ainsi la frustration et les comportements d'évitement souvent liés à l'incapacité de se faire comprendre. On peut utiliser plusieurs stratégies telles que pictogrammes, les images et des moyens alternatifs d'expression, notamment pour les enfants peu ou non verbaux, facilitant.

Par ailleurs, la communication se n'est pas seulement un simple échange d'informations c'est un outil de développement émotionnel et social pour réduire le comportement d'évitement et l'isolement et favorise l'intégration de l'enfant autiste dans le monde. Notre étude souligne l'importance cruciale d'adapter les stratégies de communication afin de répondre aux besoins spécifiques de chaque enfant, en vue de promouvoir son inclusion sociale et son bien-être.

(Autisme info service)

En somme, Les quatre enfants étudiés présentent des caractéristiques du spectre autistique, notamment un langage peu développé et un vocabulaire limité. Ces difficultés restreignent leur

capacité à établir des relations sociales satisfaisantes, à participer pleinement aux échanges interpersonnels et à réagir de manière adaptée aux différentes situations.

Cependant, le programme de TEACHH aide les enfants à ce concentré, à suivre les consignes et à respecter les étapes des activités. Il améliore notamment leurs compétences en communication, leurs compréhensions des codes sociaux, et favorise les échanges avec leurs pairs et leurs familles.

Ainsi, le programme TEACCH est un outil efficace pour soutenir le développement communicationnel et social des enfants autistes, en favorisant leur inclusion sociale et leur épanouissement personnel. Il est important de souligner que les enfants autistes ont souvent tendance à s'isoler, mais avec un accompagnement adapté et le soutien des parents, cette situation peut s'améliorer.

En effet, TEACCH améliore la communication, qu'elle soit verbale ou non verbale, permettant à l'enfant d'exprimer ses idées et ses pensées, et d'échanger avec les autres. La communication joue donc un rôle essentiel dans la vie de ces enfants, car elle facilite leur inclusion scolaire et sociale ainsi que l'expression de leurs émotions.

Comme on a dit que les enfants autistes présentent des comportements d'évitement ou l'isolement et pour réduire ces déficits, on va viser à améliorer la communication d'abord pour les enfants arrivent de s'exprimer de façon claire les émotions, les besoins, les sentiments pour faciliter les interactions sociales et comprendre les codes sociaux et améliorer la capacité d'échanger et mettre des conversations avec les autres et même le langage sera amélioré et développé. Cette amélioration de la communication aide l'enfant à participer plus activement aux activités de groupe, à diminuer les comportements d'évitement et d'opposition, et à mieux gérer les changements, ce qui renforce son autonomie et son intégration sociale.

Ainsi, la communication devient un levier essentiel pour favoriser la réciprocité sociale, la reconnaissance des attentes sociales et la création de liens avec les autres, diminuant significativement le sentiment d'isolement chez l'enfant autiste.

| Cas | Age | Pathologie | Estimation | Résultats |
|---------------|-------|-------------|--|--|
| Anis | 5 ans | TSA Moyenne | Retard du langage verbal | Il est devenu plus autonome, son langage verbal s'est amélioré, il supporte mieux les changements et les nouveautés, participe aux activités de groupe, et parvient à exprimer ses besoins ainsi que ses émotions |
| Fatima | 7 ans | TSA Légère | Problème dans la communication pragmatique | Sa compréhension des attentes sociales s'est nettement améliorée. Elle interprète désormais plus facilement les règles et les comportements attendus dans différents contextes sociaux, ce qui a contribué à réduire ses comportements d'évitement. |
| Amina | 6 ans | TSA Légère | Problème d'articulations et Catégorisation, la communication non verbale | Elle améliore leur articulation tout en enrichissant leur vocabulaire fonctionnel, ce qui permet d'améliorer leur capacité à reconnaître et interpréter les gestes sociaux. Cela favorise une meilleure réciprocité sociale et une intégration plus harmonieuse avec les autres. |
| Smail | 5 ans | TSA Légère | compréhension oral limitée et Trouble de sommeil et moteur | Il comprend mieux les consignes et participe de manière plus active aux activités de groupe. Ses comportements d'opposition ont diminué, son vocabulaire s'est enrichi, et il engage davantage d'échanges avec ses pairs. |

Tableau N° 2: Récapitulatif des résultats de quatre cas

CONCLUSION

CONCLUSION

Conclusion:

Les enfants présentant un trouble du spectre autistique (TSA) font face à des difficultés significatives et souvent persistantes dans le domaine des compétences sociales et de la communication, qui constituent des piliers essentiels pour le développement harmonieux et l'intégration dans la société. Ces difficultés se manifestent par une altération profonde de la compréhension et de l'usage des codes sociaux, qui régissent les interactions humaines.

En effet, ces enfants éprouvent des troubles notables dans la reconnaissance et l'interprétation des signaux sociaux, qu'ils soient verbaux ou non verbaux, ce qui compromet leur capacité à engager des échanges sociaux spontanés, réciproques et adaptés à leur environnement.

Sur le plan de la communication verbale, l'enfant autiste peut présenter un retard important dans l'acquisition du langage, une limitation du vocabulaire, voire une absence totale de langage fonctionnel. Lorsque le langage est présent, il peut être utilisé de manière atypique, par exemple à travers des phénomènes d'écholalie, où l'enfant répète des mots ou des phrases entendus sans nécessairement en saisir le sens ou l'intention communicative. Cette particularité complique la fluidité des échanges et peut entraîner des malentendus. Par ailleurs, ces enfants éprouvent des difficultés à exprimer clairement leurs émotions, leurs besoins et leurs intentions, ce qui limite la qualité des interactions et peut générer frustration et isolement.

En ce qui concerne la communication non verbale, les enfants autistes rencontrent des obstacles majeurs dans la compréhension et l'utilisation des indices sociaux essentiels, tels que les expressions faciales, le regard, les gestes, la posture corporelle ou encore le ton et l'intonation de la voix. Ces éléments, qui sont naturellement intégrés par la majorité des individus pour décoder les intentions et les émotions d'autrui, restent souvent opaques pour les enfants autistes, ce qui entrave leur capacité à répondre de manière appropriée aux sollicitations sociales et à s'adapter aux contextes variés des interactions.

Ces troubles communicationnels et sociaux ont des répercussions importantes sur la vie quotidienne de ces enfants. Ils peuvent se sentir isolés, éprouver des difficultés à nouer et maintenir des relations solides avec leurs pairs, et rencontrer des obstacles majeurs dans leur parcours scolaire et social. L'absence ou la faiblesse des compétences sociales peut engendrer un sentiment d'exclusion, de solitude et de mal-être, qui freinent leur épanouissement personnel et leur développement global.

CONCLUSION

Cependant, il est essentiel de souligner que ces compétences, bien que fragiles, ne sont pas figées et peuvent être développées et renforcées grâce à un accompagnement précoce, individualisé et multidisciplinaire. Les interventions thérapeutiques, telles que l'orthophonie, les thérapies comportementales (notamment les approches basées sur l'analyse appliquée du comportement), ainsi que les programmes spécifiques d'apprentissage des habiletés sociales, jouent un rôle crucial dans ce processus. Ces approches permettent à l'enfant d'acquérir une meilleure compréhension des règles sociales implicites, d'apprendre à décoder les émotions et les intentions d'autrui, de mieux exprimer ses propres besoins et sentiments, et d'interagir plus efficacement dans différents contextes sociaux.

En travaillant de manière ciblée sur ces compétences, les professionnels contribuent non seulement à réduire les difficultés communicationnelles, mais aussi à favoriser l'inclusion sociale, l'autonomie et le bien-être global de l'enfant. Le renforcement de ces aptitudes ouvre la voie à une meilleure qualité de vie, en offrant à l'enfant autiste des opportunités accrues de s'épanouir pleinement dans sa vie personnelle, scolaire et sociale, et en lui permettant de tisser des liens sociaux enrichissants et durables.

Notre étude a été menée au sein du service de pédopsychiatrie de l'hôpital psychiatrique de Oued Ghir, situé dans la wilaya de Bejaïa, et a porté sur quatre enfants présentant un trouble du spectre autistique (TSA) de niveaux moyen à léger. L'objectif principal de cette étude était d'améliorer les capacités communicationnelles et sociales de ces enfants afin de réduire leur isolement, souvent accentué par des comportements d'évitement et des difficultés d'interaction avec leur environnement.

Pour atteindre cet objectif, nous avons choisi d'utiliser le programme TEACCH, reconnu pour son approche structurée et ses supports visuels adaptés, notamment les pictogrammes, qui facilitent la compréhension et l'expression chez les enfants autistes. Au début de notre intervention, nous avons constaté que la communication des enfants était très limitée: leur vocabulaire était restreint, les échanges verbaux quasi inexistants, et le regard conjoint, essentiel pour l'interaction sociale, était absent. Cependant, après plusieurs séances régulières et un accompagnement à la fois professionnel et parental, nous avons observé une amélioration significative de leurs compétences communicationnelles.

Nous avons pu aider ces enfants à initier des conversations, que ce soit à travers des gestes, des mots simples ou des phrases, ce qui a permis un enrichissement progressif de leur

CONCLUSION

langage. Cette évolution leur a donné les moyens d'exprimer plus clairement leurs émotions, leurs pensées et leurs besoins, réduisant ainsi leur frustration et leur isolement.

Par ailleurs, l'intégration de ces enfants dans des groupes et leur participation à diverses activités sociales ont joué un rôle clé dans leur inclusion. Ces interactions ont favorisé la création de liens avec leurs pairs et ont contribué à améliorer leur confiance en eux et leur capacité à communiquer dans des contextes variés. En somme, notre étude démontre que, grâce à une approche structurée et adaptée comme le programme TEACCH, il est possible d'accompagner efficacement les enfants autistes vers une meilleure communication et une inclusion sociale renforcée, ce qui constitue un levier essentiel pour réduire leur isolement.

Liste Bibliographie

Liste Bibliographique

| N° | Les PDF et les Articles |
|----|--|
| 01 | Asperansa. (2016). Guide illustré du diagnostic de l'autisme chez l'adulte : Psychiatres, à quoi s'attendre ? |
| 02 | 13de Villard, R. (1984). Psychoses et autisme de l'enfant : clinique et traitement. Paris |
| 03 | Hatta, O., Derôme, M., De Mol, J., & Gabriel, B. (2009). Impact de l'autisme sur la vie des parents. Santé mentale au Québec, 34 |
| 04 | ABA Ille-et-Vilaine. (2015). Impact de l'autisme sur la famille |
| 05 | Cottraux, J., Coudert, C., Regli, G., Rivière, V., & Tréhin, P. (2015). Prise en charge comportementale et cognitive du trouble du spectre autistique. 1 édition |
| 06 | Centre de Ressources Autisme Languedoc Roussillon. (2021). Troubles du spectre de l'autisme : apprentissage des émotions et des expressions faciales |
| 07 | Autisme Ontario. (2012). Comprendre les défis sociaux liés aux troubles du spectre de l'autisme (TSA) |
| 08 | Fédération québécoise de l'autisme. (2009). À l'intention des parents : Guide de notions de base en matière d'habiletés sociales |
| 09 | intitulé La conceptualisation de l'autisme depuis Kanner : où en sommes-nous dont l'auteur est Jean Beaulne et publié en 2012 |
| 10 | les critères : American Psychiatric Association. (2013). Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5). 5e éd. Paris |
| 11 | Canal Autisme. (2019). Les spécificités du langage et de la communication dans les troubles du spectre autistique (TSA) |
| 12 | Lussier, F. (2017, décembre). Autisme : comportements stéréotypés et intérêts restreints. Centre de formation CENOP Inc. Révisé par Gascon, L. |
| 13 | Trouble du spectre de l'autisme : signes d'alerte, repérage, diagnostic et évaluation chez l'enfant et l'adolescent (Éd. 2018). Éditeur. |
| 14 | Launay, J.-M. (2010). L'autisme : surestimation des origines génétiques. Médecine/Sciences, 26(7), 659-662. |
| 15 | Sénéchal, C., & des Rivières-Pigeon, C. (2009). Impact de l'autisme sur la vie des parents. Santé mentale au Québec, 34(1), 245–260. |
| 16 | Autisme Ontario. (2012). Comprendre les défis sociaux liés aux troubles du spectre de l'autisme (TSA) |
| 17 | Extrait du rapport L'importance du social : Vers de meilleures interventions axées sur les habiletés sociales (2011). |
| 18 | Bost, M. (2021). L'autisme chez l'enfant : Détecter, comprendre et accompagner mon enfant. Paris |
| 19 | Association Française du Syndrome de Rett (AFSR). (2016). Le syndrome de Rett, une maladie d'origine génétique. Paris |
| 20 | Attwood, T. (2018). Le syndrome d'Asperger : guide complet. Autisme Diffusion. 4 édition La référence pour comprendre et aider les autistes de haut niveau. |
| 21 | Vaincre l'Autisme. (2018). Livre blanc scientifique et international de l'autisme. |
| 22 | Pry, R. (2014). État des connaissances sur l'Autisme et autres TED (hors mécanismes physiopathologiques, psychopathologiques et recherches fondamentales). In Plan autisme 2008-2010 : synthèse des connaissances (pp. 13-28). |
| 23 | Kanner, L. (1943). Troubles autistiques du contact affectif. Nervous Child, 2, 217-250. |

| | |
|----|--|
| 24 | Adrien, J.-L. (1996). Autisme du jeune enfant : développement psychologique et régulation de l'activité. Paris, France : Expansion Scientifique Française. (pp. 45-120). |
| 25 | Turner, M. (1999). Comportements répétitifs dans l'autisme : revue de la recherche psychologique 40(6), 839-849. |
| 26 | Gresham, F. M., & Elliott, S. N. (2008). Système d'amélioration des habiletés sociales (pp. 10-85) |
| 27 | Chaste, P., & Leboyer, M. (2012). Facteurs de risque de l'autisme : gènes, environnement et interactions gène-environnement. Dialogues en neurosciences cliniques, 14(3), 281-292. |
| 28 | Lord, C., Rutter, M., & DiLavore, P. C. (2012). Échelle d'observation pour le diagnostic de l'autisme (pp. 1-150) . |
| 29 | Lovaas, O. I. (1987). Traitement comportemental et fonctionnement éducatif et intellectuel normal chez de jeunes enfants autistes. (p55) |
| 30 | American Psychiatric Association. (2013). Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (5e éd.) (pp 50-90). |
| 31 | Goodwin, M. S. (2015). L'impact des technologies émergentes sur les troubles du spectre autistique. Cliniques psychiatriques d'Amérique du Nord, 38(1), 1-16. |
| 32 | Volkmar, F. R., & Wiesner, L. A. (2009). Aspects psychiatriques des troubles du spectre autistique. Dans Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (pp. 150-170). |
| 33 | Rutter, M. (2005). Autisme et schizophrénie : caractéristiques distinctes et chevauchements. Dans Autisme et schizophrénie (pp. 1-15). |
| 34 | Gray, D. E. (2003). Genre et stratégies d'adaptation : les parents d'enfants à haut fonctionnement autistique. Sciences sociales et médecine, 56(3), |
| 35 | Estes, A., et al. (2009). Stress parental et fonctionnement psychologique chez les mères d'enfants d'âge préscolaire avec autisme et retard de développement. Autisme, 13(4), 375-387. |
| 36 | Mazefsky, C. A., & White, S. W. (2014). Régulation émotionnelle : concepts et pratiques dans le trouble du spectre autistique. Cliniques psychiatriques pour enfants et adolescents, 23(1), 15-24. |
| 37 | Chevallier (2012). La théorie de la motivation sociale dans l'autisme. Tendances en sciences cognitives, 16(4), 231-239. |
| 38 | Wetherby, A. M., & Prizant, B. M. (2000). Échelles de communication et de comportement symbolique : profil développemental |

| N° | Les Sitographie |
|----|---|
| 01 | Comprendre l'Autisme: https://www.comprendrelautisme.com |
| 02 | Autisme France: https://www.autisme-france |
| 03 | Autisme Info Service : https://www.autismeinfoservice.fr |
| 04 | Ministère des Solidarités et de la Santé : https://www.sante.gouv.fr |
| 05 | Orthophonie Page Jaunes : https://www.orthophonie-pagejaunes.fr |
| 06 | Canada.com : https://www.canada.com |
| 07 | Autisme123 : https://www.autisme123.com |
| 08 | Haute Autorité de Santé (HAS) : https://www.has-sante.fr |
| 09 | Psychomédia : https://www.psychomedia.qc.ca |
| 10 | Educatout : https://www.educatout.com |
| 11 | Autistes Artistes : https://www.autistes-artistes.be |
| 12 | Secours Autisme : https://www.secoursautisme.com |
| 13 | Toupie.org : https://www.toupie.org |
| 14 | Philosciences.com : https://www.philosciences.com |
| 15 | Agir pour l'Autisme : https://www.agirpourelautisme.org |
| 16 | O-Communication.com : https://www.o-communication.com |
| 17 | Naître et Grandir : https://www.naitreetgrandir.com |

Résumé:

L'autisme est défini comme ce n'est pas une maladie, c'est un handicap dont les manifestations sont décrites sous l'intitulé de trouble du développement d'origine neurologique. L'autisme se manifeste principalement par une altération des interactions sociales et de la communication et par des intérêts restreints et répétitifs. Ces troubles peuvent provoquer un comportement inadapté dans certaines situations. Ces signes peuvent généralement être identifiés avant l'âge de 3 ans.

Ainsi que les enfants autistes peut avoir des anomalies et des difficultés aux niveaux de compréhension et l'utilisation de langage soit verbal ou non verbal c'est à dire l'incapacité à utiliser ce langage avec les autres et de mettre des échanges et des conversations que se soit avec les pairs ou les parents... ce déficit de mettre une conversation des autres conduit des comportements d'évitement et l'isolement chez ces enfants autistes et l'incapacité à développer des compétences sociales et de participer dans des activités en groupes c'est à dire l'inclusion sociale.

Notre étude a été réalisée à des enfants présentant le trouble spectre autistique de niveau moyen à léger, nous avons adapté la méthode expérimentale pour mieux approfondir sur notre sujet. Cette recherche est réalisée à l'hôpital psychiatrique d'Oued Ghir service pédopsychiatrie de wilaya de Bejaia, on va évaluer quatre enfants autistes avec différents d'âge de cinq ans jusqu'à sept ans qui vivent à Bejaia, pour évaluer et améliorer les compétences communicatives et favoriser l'intégration sociale, c'est pour ça on a adapté le programme de TEACHH.

Les résultats de notre travail sont positifs, on a remarqué que ces quatre enfants autistes arrivent à réduire le comportement d'évitement et l'isolement, et particulièrement participent de façon active dans diverses activités de groupe et arrivent à exprimer leurs émotions, les besoins et tout ce qui veut, même leur vocabulaire est riche et aussi sont capables de comprendre les codes sociaux durant les échanges avec les autres.

Les mots clés:

La communication verbale, intégration sociale, les codes sociaux, la communication non verbale, les comportements d'évitement, le retard du langage.

Summary:

Autism is defined not as a disease, but as a disability whose manifestations are described under the term neuro-developmental disorder. Autism primarily manifests through impairments in social interactions and communication, as well as restricted and repetitive interests. These difficulties can lead to inappropriate behavior in certain situations. These signs can generally be identified before the age of 3.

Children with autism may have abnormalities and difficulties in understanding and using language, whether verbal or non-verbal. This means an inability to use language with others and to engage in exchanges and conversations, whether with peers or parents. This deficit in engaging in conversations with others leads to avoidance behaviors and isolation in these autistic children, as well as an inability to develop social skills and participate in group activities, i.e., social inclusion.

Our study was conducted on children presenting with mild to moderate autism spectrum disorder. We adapted an experimental method to better explore our subject. This research was carried out at the psychiatric hospital of Oued Ghir, in the child psychiatry department of the Bejaïa region. We evaluated four autistic children of different ages, from five to seven years old, living in Bejaïa, to assess and improve their communication skills and promote social integration. For this purpose, we adapted the TEACCH program.

The results of our work are positive. We observed that these four autistic children were able to reduce avoidance behaviors and isolation, actively participate in various group activities, and express their emotions, needs, and desires. Their vocabulary also became richer, and they better understood social cues during interactions with others.

Keywords:

Verbal communication, Social integration, Social cues, Non-verbal communication, Avoidance behaviors, Language delay