*Intitulé de la matière :* ***troubles envahissant du développement.***

* Troubles du développement :

**-1- *Définition :***

*«*Il serait mieux d’appeler les troubles du développement (***troubles neurologiques du développement***).

- Les troubles neurologiques du développement sont des maladies neurologiques qui affectent : l’acquisition, l’assimilation ou l’application d’aptitude, ou d’ensembles d’informations spécifiques.

- ils peuvent impliquer un dysfonctionnement de l’attention, la mémoire, la perception, le langage, la résolution de problème ou l’interaction sociale.

- ces troubles peuvent être légers et facile à prendre en charge à l’aide d’interventions éducatives et comportementales, ou ils peuvent être plus sévères, où ils exiger davantage d’assistance »

**-1- *les troubles neurologiques du développement incluent :***

* Trouble déficit de l’attention avec hyperactivité.
* Troubles du spectre autistique.
* Difficultés d’apprentissage telles que « la dyslexie » et des troubles dans le domaine scolaire.
* Déficits intellectuelles.
* Syndrome de RETT.
* Quelques définitions :
* **Un *symptôme :*** est l'unité de base de la psychopathologie. C'est un signe de trouble, ou de maladie, il peut s'agir d'un comportement, **ex***(****tristesse)*** ou d'un processus cognitif (***difficulté de la concentration***).
* **Un *syndrome :*** est un ensemble de ***symptômes*** habituellement associés.

**Ex :** dans l'hyperactivité, on note aussi un déficit de ***l'attention*** et de  ***l’impulsivité.***

* ***Un tableau clinique :***est l'ensemble des ***troubles psychopathologiques*** d'un sujet : il peut avoir ***plusieurs syndromes*** et divers symptômes ou ***traits de personnalité***.
* ***L’établissement d’un diagnostic :***est le processus par lequel on arrive à déterminer ***le tableau clinique d'un sujet***. Il peut prendre en compte des ***observations en milieu naturel***, des ***entretiens*** (avec l’enfant et les membres de la famille), des ***tests*** et des ***questionnaires.***
* Troubles envahissants du développement dans la CIM-10 :

-la CIM-10 propose (08) catégories de TED, identifiées de façon suivante :

* ***Autisme infantile*** : c’est un trouble envahissant de développement, qui apparait avant (03) ans, il altère le domaine de la communication, des interactions sociales, et le domaine du comportement, des activités et des intérêts prenant un caractère restreint, répétitif et stéréotypé.
* ***Autisme atypique :*** il se distingue de l’autisme infantile par l’âge de survenue plus tardif, ou par la symptomatologie incomplète, ou par les deux ensembles. «Trouble envahissant du développement qui diffère de l’autisme infantile par l’âge de survenue ou parce qu’il ne répond pas à l’ensemble des trois groupes de critères diagnostiques d’un autisme infantile.»  
  Ainsi, soit les troubles sont apparus après 3 ans, soit la personne présente, dans un ou deux domaines psychopathologiques nécessaires au diagnostic, une expression d’une intensité des troubles insuffisante.
* ***Syndrome de RETT :*** c’est un syndrome génétique spécifique.
* ***Trouble désintégratif de l’enfance :*** trouble caractérisé par un développement normal jusqu’à deux ans, suivi d’une perte des acquisitions, associée à des anomalies qualitatives de fonctionnement social.
* ***Hyperactivité associée à un retard mental et à des mouvements stéréotypés :*** il s’agit d’une hyperactivité motrice sévère associée à un retard mental, un comportement des activités répétitives et stéréotypées, sans altération sociale de type autistique.
* ***Syndrome d’asperger :*** ceTED est marqué par l’absence de retard du développement cognitif et du langage, avec atteinte du fonctionnement social, du comportement et des activités comme dans l’autisme typique.
* **TED non spécifié:**
* **Définition :**

Le TED- non spécifié est un trouble qui fait partie de la famille des troubles envahissants de développement. L’enfant qui présente cette problématique à des troubles importants au niveau des ***interactions***, mais en même temps, il se distingue de l’autisme classique par ***son âge d’apparition plus tardif*** ***et il altère aussi certaines fonctions cognitives.***

* Selon le ***CIM 10*** : Le TED-NS est un trouble qui présente une altération envahissante de ses interactions sociales et ses capacités de communication, avec comportements, des intérêts et des activités stéréotypés.
* Dans le ***DSM-5***: le TED-NS et aussi appelé «  Autisme atypique », ils sont définis par des troubles graves et envahissants dans certain domaines, tel que ***l’interaction sociale réciproque***, ***des activités et des*** ***intérêts restreints,*** mais par une absence des symptômes stricts du trouble autistique.

Les TED-NS sont plus fréquents chez les garçons, et dans les études visant à évaluer la fréquence des TED-NS les chercheurs ne s’entendent pas sur les chiffres, selon certains chercheurs, le pourcentage des TED-NS dans la population général serait de 3 pour 10 000, alors que d’autres évaluent ce taux à 1 sur 250.

* **Les caractéristiques des TED-NS :**

Les enfants atteints d’un TED-NS peuvent avoir de nombreux problèmes parmi les suivants :

**1-** ***Des problèmes de communication*** :Ils ont du mal à comprendre le langage non verbal, et ils peuvent aussi avoir la difficulté à utiliser le langage du corps. Exemple : les expressions du visage.

2- ***La difficulté à établir des relations avec les autres*** : Les enfants atteints de TED-NS ont de la difficulté à avoir de la sympathie envers les autres, ils ont aussi la difficulté de voir les choses du point de vue des autres.

**3-** Ils présentent certains critères du trouble autistique mais pas tous.

**4-** Ils ont parfois un problème de développement intellectuel.

**5-** Ils sont incapable d’imiter.

**6-** Certains ont une hypersensibilité aux sons, au toucher et au mouvement. Par exemple : lorsqu’ils entendent des bruits forts. Ou lorsqu’il y a beaucoup de monde autour d’eux.

7- Ils ne savent pas jouer aux jeux de faire semblant.

* **Le diagnostique des TED-NS :**

Le seul moyen de diagnostiquer un TED-NS chez une personne est de lui faire passer des évaluations cliniques, comme des observations et des entretiens. En effet, à l’heure actuelle, il n’existe pas de test médical qui puisse offrir un diagnostique clair et sûr. Mais quand les parents s’inquiètent à propos de leurs enfants, ils devraient consulter un médecin, ce dernier peut exclure divers causes médicales éventuelles de certains symptômes habituellement associés aux TED-NS, par exemple, les enfants ayant un problème d’audition important peuvent subir des retards graves dans leur communication.

Avant qu’un enfant ne soit diagnostiqué comme atteint de TED-NS, l’enfant doit être évolué par un professionnel expérimenté dans l’évaluation du TED-NS, Celui-ci peut être un psychologue, un psychiatre, un neuro-pédiatre.

* Troubles envahissants du développement dans le DSM-5 :
* La cinquième édition (DSM-5) ne parle plus de triade autistique mais de dyade autistique et abandonne la dénomination en vigueur dans le DSM-4 et la CIM-10, les Troubles Envahissants du Développement (TED) disparaissent au profit des Troubles du Spectre de l’Autisme (TSA).
* Dans le **DSM-5** les(***TSA)*** regroupent l’ensemble des diagnostics précédents suivants :
  + les troubles autistiques.
  + le syndrome d’Asperger.
  + et les troubles envahissants du développement non spécifiés.
* Le ***syndrome de Rett***, et le ***syndrome désintégratifs de l’enfance*** disparaissent de cette catégorie.



Si dans le DSM-4 et la CIM-10 il était question de triade autistique, le DSM-5 laisse place à une dyade autistique ou ***les déficits de communication et d’interaction sociale*** sont regroupés dans la même catégorie. Mais il ajoute la reconnaissance ***des spécificités sensorielles*** comme critère diagnostic.

* ***La dyade autistique***

La personne doit présenter **trois** symptômes sur **trois** dans la catégorie **A** et **deux** symptômes sur **quatre** dans la catégorie **B** pour répondre aux critères de l’autisme.

Le trouble du spectre de l’autisme est classé parmi les troubles neurodéveloppementaux . 299.00 (F84.0) :

**A. Déficits persistants de la communication et des interactions sociales observés dans des contextes variés :**

1. Déficits de la réciprocité sociale ou émotionnelle,

2. Déficits des comportements de communication non verbaux utilisés au cours des interactions sociales,

3. Déficits du développement, du maintien et de la compréhension des relations.

**B. Caractère restreint et répétitif des comportements, des intérêts ou des**

**Activités.**

1. Caractère stéréotypé ou répétitif des mouvements, de l’utilisation des objets ou du langage,

2. Intolérance au changement, adhésion inflexible à des routines ou à des modes comportementaux verbaux ou non verbaux ritualisés,

3. Intérêts extrêmement restreints et fixes, anormaux soit dans leur intensité, soit dans leur but,

4. Hyper ou hypo réactivité aux stimulations sensorielles ou intérêt inhabituel pour les aspects sensoriels de l’environnement.

**Quelques comportements observables**

On essaye dans la suite de cette page de préciser quelles sont les manifestations concrètes de la dyade autistique chez la personne autiste.

**A. Le premier point de la dyade autistique est défini par des déficits**

**Persistants de la communication et des interactions sociales observés dans des contextes variés.**

* les personnes autistes ont des difficultés à lire les états mentaux, les représentations, les sentiments des personnes non autistes.

Cela peut apparaitre comme un déficit de la réciprocité émotionnelle.

* La personne autiste n’est pas capable de remarquer que quelqu’un est **triste**, donc elle ne pourrait pas **réconforter la personne.**
* **Mener une conversation** dans un environnement bruyant est extrêmement **couteux en énergie** pour beaucoup de personnes autistes ce qui entraine

Une difficulté à maintenir le dialogue.

* La personne autiste peut ne répondre que par **oui** et **non** et être totalement passive (manque de réciprocité sociale).
* Certaines personnes autistes ont des difficultés à **regarder les personnes dans les yeux** ou à maintenir le regard (manque de communication non verbale) D’autres personnes autistes arrivent très bien à regarder dans les yeux, mais elles n’utilisent pas le regard dans un cadre social (**regard mécanique)** pas toujours bien corréler avec les éléments du discours.
* Un autre comportement non verbal que les personnes autistes ont des difficultés à maitriser sont les **mouvements du corps** et notamment les

**mouvements des bras ou les hochements de tête.**

* Les personnes autistes sont souvent **socialement maladroites**, elles peuvent avoir des difficultés à **initier les interactions**

**Ex** : elle ne pas savoir s’il faut dire « **bonjour** » ou «**salut** » à quelqu’un, ou bien « **serrer la main** » ou faire une «**bise** » pour saluer une personne, tout cela peut empêcher une personne autiste d’aller vers les autres pour **débuter un dialogue**.

**B. Le deuxième point de la dyade autistique est définit par le caractère restreint et répétitif des comportements, des intérêts ou des activités :**

* l’enfant oriente son intérêt vers un seul objet : **ex** (**les petites voitures de couleur rouge**). Le plus souvent, les objets qui retiennent l’intérêt de la personne **sont utilisés dans des activités répétitives**, comme faire **tourne la roue** d’une voiture, **ouvrir** et **fermer** les portes de la voiture.

* Les activités de **transvasement de liquide** ou **le fait d’agiter des objets**

Devant les yeux comme des **ficelles** font aussi partie des activités

Répétitives.

* Les concerne également les mouvements du corps : **balancement**,

**L’agitation des bras et/ou des mains**

* Intolérance au changement: la personne autiste **peut insister pour utiliser systématiquement le même itinéraire pour se rendre à l’école, au travail, faire ses courses.**
* La personne a besoin de faire certaine chose toujours de la même manière : **rituel spécifique** **au couché ou au levé**, **à la prise des repas.**

* Des comportements **d’alignement d’objets et de rangement spécifique.**
* Avoir des passions jugées peu communes ou peu utiles, ex : connaitre tous les types de **piles** qui existent ou connaitre tous **les horaires des bus** d’une ville.
* La personne qui est (fonctionner **en hyper)** elle ne peut pas supporter certains bruits.
* en même temps elle ne pas entendre suffisamment les voix des personnes qui l’entourent (**donc fonctionner en hypo**).

***La neurophysiologie et troubles du spectre autistique***

**Introduction :**

La neuropsychologie est une discipline scientifique qui s’est introduite dans le domaine de l’autisme en s’appuyant sur des nombreux travaux, en particulier neurophysiologique, qui on amener à concevoir de manière officielle dans la nosographie internationale des maladies, le trouble du spectre de l’autisme (TSA) comme un syndrome neurodéveloppementale.

Pour cette raison, il est préférable de démontrer brièvement l’anatomie et la physiologie du système neveux central (SNC) afin de mieux comprendre l’approche neuropsychologie dans sont intervention dans le domaine de la clinique de l’autisme.

**-1-** **le système nerveux central :**

**-1-** **1- l’anatomie du système nerveux central :** lescorps cellulaires des neurones se rassemblent et forment les deux structures du système nerveux central, localisées l’une dans la boite osseuse crânienne (encéphale), et l’autre dans le canal rachidien (la moelle épinière).

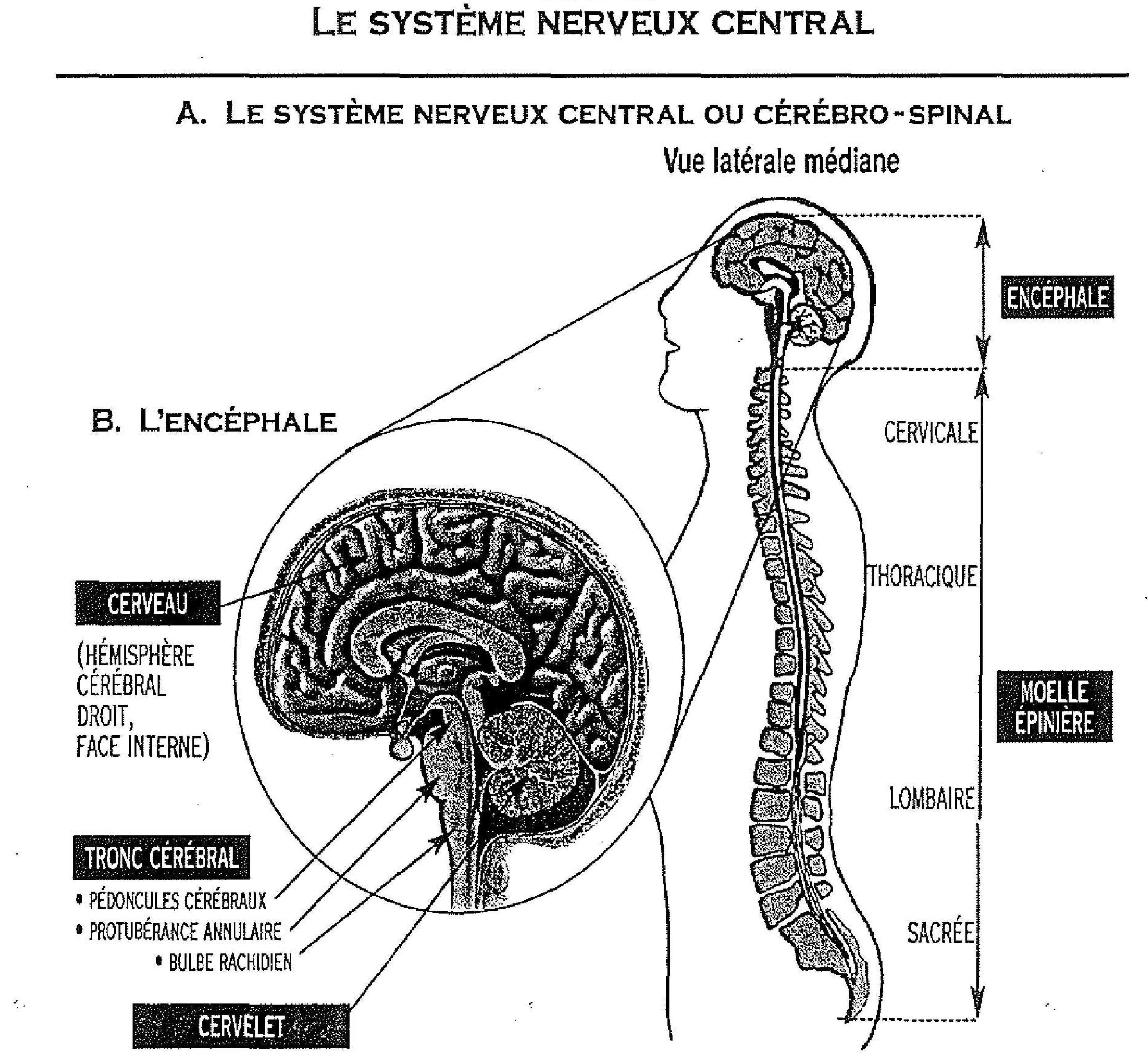
**1-1-1- l’encéphale :** il est subdivisé en trois parties : le cerveau, le tronc cérébral, et le cervelet.

**-Le cerveau :** il représente la partie la plus grande de l’encéphale, il comprend deux hémisphères cérébraux, le droit et gauche dont le corps calleux du rassemblement d’axones passant d’un hémisphère à l’autre.

**-Le tronc cérébral :** il fait suite à la moelle épinière, et se continu en haut avec les hémisphères cérébraux, et il communique en arrière avec le cervelet.

**- Le cervelet :** il est placé en arrière du tronc cérébral, formé du vermis et de deux hémisphères cérébelleux.

**1-1-2- La moelle épinière :** elleapparait comme un cordon blanc légèrement aplati d’avant en arrière, long de **45cm** environ, et d’un diamètre moyen d’environ **01cm**, en bas elle se continue par un cordon fibreux d’environ **25cm** de long.

**-**

**-1-** **2- la physiologie du système nerveux central :** le cortex assure les fonctions « sensorimotrice » complexes de la vie, et de relations conscientes et volontaires, ainsi que celles de fonctions supérieures de l’intelligence ou du langage.

Dans notre communication on s’intéresse uniquement à la physiologie des différentes parties de la surface du cerveau « les lobes »

**-Le lobe frontal :** il intervient dans le contrôle de l’activité motrice, il assure les coordinations musculaires nécessaires à la réalisation des mouvements, et il renferme les centres de contrôle du langage parlé, localisé dans l’hémisphère gauche (***aire de broca***).

**-Le lobe pariétal :** il reçoit les afférences somesthésiques (issue des récepteurs dispersés dans la peau et les muscles, les aires pariétales (5,6) participent à l’installation de la programmation, et à la constitution du schéma corporel, et les aires pariétal postérieurs interviennent dans la vision dans la localisation de la cible, et la perception des mouvements et celle de la profondeur.

**-Le lobe temporal :** il est associé à l’audition et à la compréhension des sons, sa partie inférieure interne reçoit des afférences olfactives, et une autre partie inférieure sur la face externe participe à la vision pour l’identification des objets (formes, couleurs).

**-Le lobe occipital :** l’aires (17 / 18 / 19) sont responsables de la vision et reliés aux yeux par des fibres, permettant la détection et l’identification des formes et des objets.

**-2- Approche neuropsychologique du langage autistique :**

Dès la naissance, l’hémisphère gauche est spécialisé dans la discrimination auditive de la parole, une lésion cérébrale affectant cet hémisphère est souvent génératrice d’un trouble du langage ou (***aphasie***).

**-2-1- Les types de l’aphasie :** parmi les types de l’aphasie on trouve :

**-L’aphasie de broca :** elle est encore appelée ***aphasie motrice*** ou ***aphasie d’expression***, le discours est caractérisé par des troubles articulatoire, l’expression peut être limitée à une stéréotypé, et les phrases sont courtes avec un style ***télégraphique*** (les mots grammaticaux sont omis, et les verbes sont à l’infinitifs).

**-L’aphasie de wernicke :** elle est encore appelée ***aphasie sensorielle***, elle est caractérisée par un discours logorrhéique (verbiage), avec une importante perturbation de la compréhension même la lecture et l’écriture sont également perturbées.

La référence qui est faite à ces deux types d’aphasies met en avant les altérations langagières autistiques, en particulier le « ***mutisme »*** et « ***l’écholalie »*** associées à un trouble de la compréhension orale.

En référence aux données ***neuro-anatomo-cliniques*** on constate une fragilité fonctionnelle et structurale des ***aires cérébrales hémisphériques gauche*** qui sont à a base des activités de parles et de langage, ainsi que leur développement, donc la définition neuropsychologique du trouble langagière autistique nous éloigne fortement de considérer les altérations langagières autistiques comme des reflets directs d’un trouble plus cardinal de la communication sociale.

**-2-2- Le mutisme autistique :** il est observé dans près de 70% des enfants TSA, le mutisme est un signe clinique d’une ***aphasie motrice de broca,*** et peut être aussi le signe d’une aphasie sensorielle associée à un trouble de la compréhension et de la discrimination auditive de la parle. Ce mutisme est associé à une incapacité ***neurobiologique*** à discriminer les (sons *de parole)* entre eux et à discriminer (*ces sons de parole des bruits ambiants*).

Plus précisément le mutisme est un trouble du traitement ***acoustico-phonologique*** qui la rend comparable à un « ***pattern mélodique*** » pour lequel les seules réponses possibles sont des réponses émotionnelles ou comportementales comme : se boucher les oreilles.

Après les études (***neuroradiologiques – électro-physiologiques***) réalisées auprès des enfants et adultes TSA les scientifiques constatent qu’il existe une «***hypoactivité*** » du gyrus temporal supérieur de l’hémisphère gauche dans le traitement auditif des sons de parole.

**-2-3- L’écholalie autistique :** l’écholalie est la capacité de répéter la parole entendue sans la comprendre, dont on constate un niveau de compréhension orale ***inférieure*** à leur niveau expressif, ces données montrent la fragilité dans l’opération de ***traitement sémantique***.

Donc l’écholalie est un bon indicateur de la « ***dissociation fonctionnelle*** » entre le traitement ***phonologique*** et le traitement ***sémantique*** (cette opération implique le faisceau arqué, dont les axones assurent la connexion entre la zone de ***wirnicke*** et la ***l’aire de broca***).

**-2-4- La nécessité d’un codage visuel de la parole entendue :** l’entrée dans l’expression orale après une période de mutisme par la porte de l’écholalie, montre que l’enfant a développé la capacité de traitements phonologiques de la parole entendue, à ce stade l’enfant est capable d’identifier et de discriminer correctement les sons de la parole pour pouvoir les articuler correctement aussi. C'est-à-dire la parole entendue est mieux traitée ***phonologiquement*** que ***sémantiquement,*** et pour cette raison les scientifiques ont été obligés d’inventer des nouvelles stratégies permettant d’accéder la ***signification*** des mots.

Donc ils ont pensé « ***à transformer les paroles entendue en images*** » pour pouvoir les comprendre.

***Prise en charge des TSA***

**-2-1- La Symptomatologie de l’autisme :** les premières anomalies apparaissent avant l’âge de **03ans** et même avant, quelques troubles sont visibles dès la naissance, et d’autres apparaissent progressivement au cours des deux premières années de la vie, et lus rarement, l’autisme apparait brutalement, après une période de développement normale.

**-2-1-1- Les signes d’alerte :**

* Absence de babillage, de pointer ou d’autres gestes sociaux à 12mois.
* Absence de mots à 18mois.
* Absence d’association de mots, c'est-à-dire il ne répète pas ce qu’il vient d’entendre à l’âge de 24mois.

**-2-1-2- Signes évocateurs :**

* ***communication*:**
* Perturbation dans le développement du langage.
* Utilisation inappropriée du langage.
* Peu de réponse quant on appelle l’enfant par son prénom.
* Déficits dans la communication non verbale.
* ***socialisation*:**
* Manque d’imitation.
* Ne montre pas les objets à l’adulte.
* Manque d’intérêts pour les autres enfants inhabituels.
* Difficultés à reconnaitre les émotions d’autrui.
* Pas d’initiation aux jeux, et pas de participation aux jeux sociaux.
* Préférence des activités solitaires, isolement e évitement des relations.
* ***Autres comportements :***
* Hypersensibilité tactile ou auditive.
* La marche sur la pointe des pieds, balancement et agressivité.
* Conduite oppositionnelles, et résistance aux changements.
* Activités répétitives et stéréotypées (éteindre et allumer la lumière).

**-2-1-3- les troubles associés :** il existe plusieurs troubles associés affectant la santé physique et psychologique de l’enfant autiste comme :

* Problèmes médicaux : épilepsie, troubles gastro-intestinaux, maladies cœliaques.
* Troubles alimentaires (sélectivité alimentaire, obésité).
* Trouble du sommeil, anxiété, dépression, agitation, automutilation et violence.
* Dyspraxie.
* Déficience intellectuelle : environ (40% de déficience de degré sévère à profond) et environ (30% de déficience de degré léger à modéré).
* Troubles déficitaires de l’attention avec ou sans hyperactivité.

**-3- Prise en charge et traitement:**

-Il n’y a pas de traitement spécifique mais une prise en charge ***pluridisciplinaire*** est indispensable, il s’agit toujours des prises en charges prolongées sur plusieurs années.

**-3-1- Les étapes de la prise en charge :** la prise en charge va franchir (03) étapes :

* ***L’étape initiale :*** dans cette étape il faut apprendre à connaitre l’enfant, établir une relation chaleureuse, ludique et encourageante. Dans le premier mois on doit identifier le ***renforcement*** à utiliser après, ses points forts et ses ces points faibles, crier une atmosphère positive pour que l’enfant soit plus ouvert à l’apprentissage, et en même temps on évite les conflits de pouvoir et les comportements problématiques. Mais l’enfant doit apprendre que coopérer à la demande entraine des récompenses immédiates, enfin il doit acquérir des compétences telles que (apprendre à s’assoir et à attendre, rester sur sa tache quant il est en situation d’apprentissage, réagir aux consignes) ces éléments sont les conditions de l’apprentissage.
* ***L’étape intermédiaire :*** dans cette étape, l’enfant doit apprendre des modes de communication spécifique***,*** de jeux, d’autonomie et de vie sociale en transformant les concepts abstraits en exemples concrets. Le but initial est d’accélérer rapidement le développement des compétences, l’objectif à long terme est d’augmenter les facultés de l’enfant à apprendre et à se répéter en milieu naturel, et surtout mener l’enfant à jouer en collectivité et à rencontrer toutes les autres occasions sociales.
* ***L’étape avancée :*** cette étape sert à rendre la prise en charge plus naturelle afin qu’elle se généralise à l’environnement quotidien, on travaille plus sur les compétences sociales, affectives, cognitives, et les facultés de communication, l’apprentissage se fera aussi en milieu naturel, c'est-à-dire lors de l’intégration scolaire.
* ***L’évaluation :*** l’efficacité de a prise en charge doit être évaluée en permanence, les professionnels doivent se réunir régulièrement pour échanger, critiquer l’efficacité des interventions ou bien perfectionner les programmes, enfin il est recommandé de filmer l’enfant chez lui une fois par mois.

**-3-2- Les différents modèles d’intervention :**

* ***Le programme « TEACCH »***a été créé par ***SCHOPLER*** en ***1966***, il s’agit en premier lieu d’un dispositif d’accompagnement qui permet d’organiser une intervention à partie du diagnostic jusqu’à l’âge adulte. Elle vise le développement de la communication, l’autonomie et l’intégration sociale.
* ***Le programme « ABA »*** *analyse du comportement appliquée*: c’est l’ensemble de procédures permettant à la personne d’apprendre les bons comportements pour une meilleure intégration, en utilisant la ***répétition*** et le ***renforcement*** des comportements souhaités, l’objectif de cette technique est -1- modifier les comportements -2- augmenter les bons comportements -3- diminuer et éliminer les mauvais comportements.

**-3- 3- Une intervention focalisée sur le langage et la communication :**

* ***Le programme « PECS»*** *Le* ***P****icture* ***E****change* ***C****ommunication* ***S****ystem*: ce système de communication par échange d’images permet d’initier une interaction communicative de manière spontanée, apprendre à discriminer les pictogrammes, construire des phrases, répondre à la question « qu’est-ce que tu veux ? »

La prise en charge orthophonique « *comment aider l’enfant à communiquer ? »*

* ***Evaluer les besoins avant de donner les moyens :*** il faut avant tout connaitre les difficultés de communication rencontrées par l’enfant.
* L’enfant a-t-il des difficultés à se faire comprendre de l’autre ou bien des difficultés à comprendre l’autre ?
* L’enfant parle t-il ? a-t-il des difficultés à décoder les gestes ou les intentions d’autrui ?
* Sait-il demander ? attirer l’attention ? refuser ? exprime ses sentiments ?donne des informations ?recherche les informations ?

C’est avec l’observation de votre enfant, que vous allez pouvoir analyser ses difficultés, et puis les travailler les unes après les autres de façon adaptée.

* ***Evaluer la capacité de l’enfant à comprendre :*** avant de commencer de travaille sur la communication, il faut d’abord évaluer le niveau de compréhension de votre enfant, c'est-à-dire : si vous lui proposer une aide qui n’est pas adaptée à ses capacités, vous allez le mettre en grande difficulté, voire en situation d’échec où l’enfant risque de se replier encore plus sur lui-même.
* ***Aider l’enfant à comprendre grâce à :***
* ***L’aide physique :*** par exemple, l’enfant comprend qu’on doit ranger les cubes dans la boite, lorsqu’on le guide physiquement, en prenant sa main pour lui faire ranger les premiers cubes.
* ***L’objet :*** il comprend ce qui est demandé de lui, lorsqu’on utilise un objet lié à la demande, par exemple, tendre un verre pour avoir un jus.
* ***Le geste :*** l’utilisation les gestes les plus simple comme : le pointage, le hochement de la tête.
* ***Photos ou dessins :*** il peut prendre une photo ou un dessin pour nous faire comprendre ce qu’il souhaite, même pour lui faire comprendre une information, par exemple, on lui montre la photo de son orthophoniste afin de lui faire comprendre on va aller chez elle.
* ***Le mot écrit :*** écrire les mots des objets désirés.
* ***Le langage des signes :*** utiliser cette méthode si l’il a appris cette langue.
* ***La parole :*** si l’enfant arrive à comprendre quelques mots, n’hésitez pas de les utiliser souvent, mais pour s’assurer qu’il a compris le mot, il faut l’utiliser sans geste, par exemple : demander les chaussures et voir si vous les avez pointées avec votre menton.

* ***Les étapes de la communication :***
* ***Etablir un contact visuel :*** pour que l’enfant « parle » avec nous, il fau qu’on soit bien certain qu’il sache qu’o est là, par exemple : au cours un jeu que vous partagez, appelez-le et demander lui de vous regarder, même si votre enfant souhaite d’avoir un bonbon, demandez- lui de vous regarder pour l’avoir, mais pour ce faire, placez le bonbon au niveau de vos yeux et attendez un contact oculaire pour lui demander.
* ***Rendre la communication indispensable :*** l’enfant autiste a des difficultés à rentrer en relation avec autrui, il peut rester toute la journée seul, et si on laisse tous les objets à sa disposition, il ne va pas nos solliciter.

-donc pour que l’enfant communique avec nous, il faut qu’il trouve un intérêt et une motivation.

* Mettez hors de sa portée les aliments et les objets qu’il préfère, mais toujours bien à sa vue et surtout il faut s’assurer qu’il ne peut l’obtenir d’aucune façon, car ils sont très astucieux quant ils désir fortement quelque chose.
* Lorsque votre enfant désire quelque chose, ne lui donnez pas ce qu’il demande à la fois, il faut qu’il fasse une nouvelle demande.
* Servez-lui une petite quantité de l’aliment qu’il adore, et attendez qu’il vous fasse une demande pour lui en resservir.
* ***Proposez des repères visuels :*** les informations visuelles sont plus faciles à traiter, de plus les personnes autistes rencontrent des difficultés à traiter en même temps deux informations (visuelles et auditives), donc l’utilisation de ces repères visuels permettra de compenser ces difficultés, et l’objectif de cette méthode est :
* Clarifier visuellement le processus de communication.
* Réduire un peu le langage, pour ne pas submerger votre enfant par trop d’informations verbales simultanées.
* Ces repères visuels peuvent être selon les capacités de compréhension dont fait preuve votre enfant :
* Des gestes.
* Des objets.
* Des photos / dessins.
* Le langage écrit.
* Ces aides visuelles se montrent très utiles dans certains cas :
* Lorsqu’on demande aux enfants autistes de communiquer sue des choses abstraites, comme sur les émotions.
* Un support visuel peut les aider à affronter une situation angoissante.
* ***L’apprentissage avec le programme « PECS »*** il se fera par étapes, car chaque enfant se développent à son rythme et selon ces capacités :

***-1-* Apprendre l’échange, initier une interaction :**

* ***Objectif :*** l’enfant apprend à demander les objets désirés en échangeant des images.
* ***Moyens :***
* L’enfant est assis à une table, un adulte en face de lui, et l’autre derrière lui.
* L’échange est réalisé avec une aide physique qui va graduellement s’estomper : l’adulte derrière l’enfant l’accompagne physiquement pour donner l’image à l’autre adulte en face.
* L’adulte en face de l’enfant, lui tend une main ouverte pour signifier visuellement l’échange.

***-2-* Apprendre à discriminer les pictogrammes :**

* ***Objectif :*** l’enfantapprend à distinguer les images afin d’élargir son vocabulaire.
* ***Moyens :*** situation de choix entre deux, puis entre plusieurs pictogramme : vérification par association entre *objet / pictogramme*, puis entre *deux objets / deux pictogramme.*

***-3-* construire des phrases :**

* ***Objectif :*** l’enfant apprend à former des phrases en utilisant le pictogramme ***« je veux*** » (la phrase « je veux » est inscrite accolée au dessin d’une main tendue vers un cube) et à former les phrases qui contiennent des objets.
* ***Moyens :*** on donne les pictogrammes « je veux » sur unebande phrase où l’enfant doit accrocher le pictogramme afin de compléter la phrase.

***-4-* répondre à la question « que veux-tu ? »  :**

* ***Objectif :*** l’enfant peut faire une demande spontanément, mais aussi répondre à la question « que veux-tu » il append à répondre à des questions directes.
* ***Moyens :*** on montre le pictogramme « je veux » et on lui pose la question « qu’est-ce que tu veux ? » mais on lui pose la question sans support pictographique.

**-5- quelques conseils pour les parents des enfants autistes :**

* Faites-vous aider par une orthophoniste ou une psychologue pour évaluer les capacités de votre enfant.
* Il faut s’assurer qu’il vous regarde avant de lui demander quelque chose.
* Utilisez un langage simple, sans phrases complexes avec trop d’informations simultanées.
* Les mots utilisés doivent être compréhensibles dans toutes les situations.
* N’utilisez pas trop d’expressions abstraites.
* Laissez-lui le temps de comprendre.
* Soyez le traducteur entre lui et le monde environnant.

**-6- facteurs communs aux bons programmes :**

* Deux heurs de supervision minimum par semaine.
* Présence des parents et des personnels aux réunions.
* Formation des nouveaux personnels avant toute prise en charge.
* Compréhension des parents envers l’équipe thérapeutique.
* Environnement de travail agréable.
* Discussion des problèmes avec le responsable de l’équipe.
* Jamais de comparaison entre les enfants.
* Souplesse des emplois du temps.
* Participation parentale à certaines séances de travail.
* Communication ouverte entre tous les membres de l’équipe thérapeutique.

**- Conclusion :**

**-**En tant que professionnels, psychologues, orthophonistes, il est indispensable de disposer de connaissances très approfondies et actuelles des signes précoce, et des spécificités fonctionnelles et développementales des personnes **TSA**, afin de pouvoir évaluer leurs compétences et déficits, leurs besoins de soutien, et élaborer des projets d’interventions et d’accompagnements non seulement auprès de ces enfants, mais aussi auprès de leurs parents, et leurs familles dont la qualité de vie est perturbée de façon majeur.