



HAL
open science

L'enfant autiste non-verbal : mise en place d'un atelier de communication axé sur l'imitation au sein d'une fratrie

Clémence Chebion

► **To cite this version:**

Clémence Chebion. L'enfant autiste non-verbal : mise en place d'un atelier de communication axé sur l'imitation au sein d'une fratrie. Médecine humaine et pathologie. 2016. hal-03870194

HAL Id: hal-03870194

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03870194>

Submitted on 24 Nov 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

FACULTÉ DE MÉDECINE
DÉPARTEMENT D'ORTHOPHONIE

MÉMOIRE présenté par :

Clémence CHEBION

soutenu le : 07 juin 2016

pour obtenir le **Certificat de Capacité d'Orthophoniste**
de l'Université de Lorraine

**L'enfant autiste non-verbal : mise en place d'un
atelier de communication axé sur l'imitation au
sein d'une fratrie**

MÉMOIRE dirigé par : Madame CLAUDON Claire-Lise Orthophoniste
PRÉSIDENT DU JURY : Monsieur le Professeur KABUTH Bernard Pédopsychiatre
ASSESEUR : Madame le Docteur SIBIRIL Véronique Pédopsychiatre

Année universitaire : 2015-2016

*« Mais que l'éventail de sentiments, du pire au meilleur,
qu'offre cette fraternité bancaire est un véritable don. Et le dire. »*

Anne ICART

REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à remercier les membres de mon jury,

Monsieur le professeur KABUTH, un grand merci de m'avoir fait l'honneur de présider mon jury de mémoire.

Madame CLAUDON, merci pour votre disponibilité, vos conseils et votre soutien dans ce projet de mémoire.

Madame le docteur SIBIRIL, merci pour votre enthousiasme envers mon sujet d'étude, merci pour la passion de votre métier que vous transmettez aux étudiants.

Mes remerciements s'adressent également à toutes les personnes qui m'ont aidée de près ou de loin dans la réalisation de ce projet de fin d'étude.

Un grand merci au **petit A., ses sœurs M. et C., leurs parents** avec qui j'ai énormément apprécié travailler durant ces quatre mois. Merci pour votre disponibilité, votre accueil et les liens que nous avons créés dans le cadre de ce travail.

Madame Camille MITENNE, merci de m'avoir fait découvrir vos prises en charge, de m'avoir fait partager votre vision du travail auprès des enfants autistes. Et un grand merci pour votre bonne humeur sans faille !

Madame PASCOUAU, merci pour votre aide, vos conseils. J'ai réalisé auprès de vous un stage très enrichissant où j'ai pu découvrir votre rigueur dans les prises en charge en orthophonie. Merci pour tout ce que vous m'avez transmis.

Madame CANTUS, un grand merci pour le stage que j'ai réalisé auprès de vous, pour vos précieux conseils et vos encouragements. Merci de m'avoir fait partager votre investissement dans les prises en charge et l'accompagnement des personnes avec autisme.

Madame ROY, un grand merci pour votre aide, votre disponibilité, vos conseils et votre compréhension dans mes questionnements dans le domaine de l'orthophonie.

Madame JARNAUD, je vous remercie pour votre disponibilité, vos conseils de lecture pour mon travail.

Madame SCHWARTZ et **Monsieur MERAISSIA**, merci de m'avoir accueillie dans votre classe d'avoir été aussi attentifs à mes questions.

Un grand merci aux **bibliothécaires du CPN** pour votre gentillesse, votre disponibilité, votre écoute et l'intérêt que vous avez porté à mes recherches.

Je remercie très chaleureusement,

Madame Brigitte BOCHET pour m'avoir fait découvrir le métier d'orthophoniste il y a

maintenant 15 ans. La relève est désormais assurée !

Madame Stéphanie BOULANGER, merci pour votre bonne humeur positive contagieuse !
Merci pour vos encouragements et votre soutien dans mes projets.

Madame Anne-Laure JUNKE, merci de m'avoir accompagnée dans mes derniers mois en tant qu'étudiante ! Un grand merci pour m'avoir aidée à bâtir les bases de ma future pratique d'orthophoniste.

Mes remerciements s'adressent également à mes maîtres de stage durant ces quatre années d'étude, merci pour votre patience, vos conseils, merci de m'avoir transmis un savoir-être et un savoir-faire : **Madame Isabelle FLAMENT, Madame Marianne SIMONIN, Madame Marion DUBOIS, Monsieur Patrick BOURQUADIEZ et son épouse, Madame Valérie BREGANZE, Madame Nathalie NACE et Madame Christine CHERY.**

A tous les **adultes porteurs d'autisme** avec qui j'ai passé de si beaux moments au sein de l'APAJH, merci de m'avoir permis de vous découvrir, de partager des moments forts avec vous et d'avoir conforté mon envie d'être orthophoniste.

Merci à Isabelle, Alex, Vincent et Laurent, une famille merveilleuse sans qui ce projet ne serait pas.

Enfin, un merci affectueux,

A **mes parents**, de m'avoir donné toutes les chances pour réussir et m'épanouir. Merci de me soutenir dans mes choix et mes projets jusqu'au bout du monde. Merci d'être des parents aimants, tolérants et altruistes. Merci pour les belles valeurs que vous m'avez transmises.

A **Guillaume et Delphine**, qui m'ont vu grandir et m'ont fait grandir. Merci pour les beaux moments que j'ai partagés avec vous dans mon enfance. Même très loin de notre Lorraine natale, Delphine tu seras toujours avec moi et Guillaume, tu sauras toujours me rendre désireuse de me surpasser.

A **Janelle**, merci de faire partie de notre famille, merci de me pousser toujours un peu plus à franchir le pas de l'aventure. Merci pour ton aide dans mes projets.

A **Hélène** pour ton soutien inconditionnel et ton amitié de 12 ans, merci pour ta patience, tes conseils et tous les beaux moments que nous partageons.

A **mes amis du lycée, mes amis de l'Université de Droit** avec qui j'ai pu partager des moments forts et inoubliables.

A **mes amies orthophonistes et à notre belle promotion 2016**, merci pour votre bonne humeur, votre soutien, vos conseils et votre écoute durant nos quatre années d'étude. Un merci particulier à Hélène, Audrey, Delphine, Marlyse et au gang orthofolies.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	8
Partie théorique	11
1. Des premières descriptions de l'autisme à nos connaissances actuelles	12
1.1. Les premières descriptions de l'autisme, un pas vers la compréhension des troubles.....	12
1.2. Définitions actuelles de l'autisme.....	13
1.2.1. Critères diagnostiques de l'autisme.....	13
1.2.1.1. Définition et classification de l'autisme par le DSM.....	13
1.2.1.2. Définition et classification de l'autisme par la CIM-10.....	14
1.2.2. Les signes d'alerte des troubles de l'autisme.....	15
1.2.3. Diagnostics différentiels.....	16
1.3. Les troubles du spectre de l'autisme.....	18
1.3.1. Vignettes cliniques.....	18
1.3.2. Les troubles de l'enfant autiste sans langage.....	19
1.3.2.1. La triade autistique.....	19
1.3.2.2. Les troubles associés.....	22
2. Interdépendance de la communication et de l'imitation	25
2.1. La communication.....	25
2.1.1. Les modèles de la communication.....	25
2.1.1.1. La communication selon le modèle de BLOOM et LAHEY (1978).....	25
2.1.1.2. Les fonctions de communication selon WETHERBY et PRUTTING.....	27
2.1.2. Les pré-requis de la communication.....	29
2.1.2.1. Les compétences sociales.....	30
2.1.2.2. La communication non-verbale.....	32
2.1.2.3. La communication verbale.....	33
2.1.2.4. Les capacités cognitives.....	34
2.2. L'imitation.....	35
2.2.1. L'imitation chez l'enfant tout-venant.....	35
2.2.1.1. Développement de l'imitation.....	35
2.2.1.2. L'imitation selon NADEL.....	37
2.2.1.2.1. Les bases de l'imitation.....	38
2.2.1.2.2. Les trois types d'imitation.....	38
2.2.1.2.3. Les fonctions de l'imitation.....	39
2.2.2. Favoriser la communication par l'imitation chez l'enfant autiste.....	40
3. La prise en charge de l'enfant autiste	42
3.1. La prise en charge de l'enfant autiste en orthophonie.....	42
3.2. L'enfant autiste au cœur d'un réseau pluridisciplinaire.....	44
3.3. La prise en charge au cœur de la dynamique familiale.....	45
3.3.1. La famille, premier lieu de socialisation.....	45
3.3.2. Le partenariat avec les parents.....	46
3.3.3. Rétablir la communication au sein de la fratrie.....	47
4. Hypothèses théoriques	50
Méthodologie	51
1. Présentation du cas unique	52
2. Outils méthodologiques	53
2.1. Bilan initial.....	53
2.2. Ateliers de communication.....	59
2.3. Bilan final.....	61
3. Mode de traitement des données	62
4. Précautions méthodologiques	63

5. Hypothèses opérationnelles.....	63
Analyses et résultats.....	65
1. Analyse des données.....	66
1.1. Bilan initial.....	66
1.2. Ateliers de communication.....	75
1.3. Bilan final.....	78
1.4. Synthèse comparative des bilans initial et final.....	86
2. Synthèses et conclusions pour les hypothèses.....	89
3. Positionnement personnel dans la recherche et la situation clinique.....	91
3.1. Les apports de la recherche.....	91
3.2. Les limites de la recherche.....	92
3.3. Pistes de recherches et perspectives.....	93
Conclusion.....	94
Bibliographie.....	97
Annexes.....	103
1. Projet d'étude présenté aux parents.....	104
2. Anamnèse.....	105
3. Grille d'évaluation des pré-requis de la communication adapté de Dialogoris (ANTHEUNIS et al., 2009).....	107
4. Grille d'évaluation de l'imitation (NADEL, 2011).....	108
5. Questionnaire de communication et d'interactions sociales.....	110
6. Liste des compétences socles de la communication à travailler auprès de l'enfant et transmise à ses différents intervenants.....	111
7. Livret explicatif « L'autisme, qu'est-ce que c'est ? ».....	112
8. Protocole d'imitation repris de BENDIOUIS (2015).....	114
9. Synthèse des recommandations de bonne pratique de la Haute Autorité de Santé dans la prise en charge des enfants autistes (2012).....	118
Résumé.....	125

INTRODUCTION

L'orthophoniste est le professionnel chargé de rééduquer, de réduire, de compenser les troubles de la communication. Le champ de compétences de la profession n'a cessé de s'étendre depuis la promulgation de la loi créant la profession le 10 juillet 1964. Ce champ de compétences varié amène les professionnels à enrichir leurs connaissances par des formations continues leur permettant ainsi de se spécialiser dans certains domaines. Par nos expériences personnelles, la découverte de l'autisme nous a amenée à nous questionner, à vouloir nous investir et à découvrir davantage ce domaine afin de renforcer nos connaissances théoriques et nos compétences pratiques. Par ce travail, nous avons souhaité nous positionner quant à notre future pratique d'orthophoniste, acquérir un savoir-être et un savoir-faire qui sera enrichi au cours de notre vie professionnelle.

La profession de thérapeute de la communication a vu le jour près de vingt ans après les premières descriptions de l'autisme par Léo KANNER qui évoqua les signes de ce qu'il nomma « l'autisme infantile précoce ». Par la suite, de nombreux chercheurs se sont intéressés aux personnes autistes en décrivant des signes cliniques et en essayant de faire émerger des étiologies. Ces différentes recherches et théories ont finalement abouti à un point d'entente dans les années 60 où l'on décrit des caractéristiques souvent retrouvées chez les personnes porteuses d'autisme.

L'autisme, reconnu désormais comme trouble neurodéveloppemental par les classifications internationales, fait toujours l'objet de nombreuses études et recherches afin d'améliorer la compréhension et la prise en charge de ces troubles.

A partir des années 70, de nombreuses recherches ont porté sur d'éventuels déficits des capacités d'imitation chez les personnes avec autisme. Bien que des difficultés d'imitation soient en effet retrouvées chez ces enfants, NADEL ainsi que d'autres auteurs mettent en évidence l'intérêt de favoriser et de renforcer l'imitation chez les enfants autistes. L'imitation joue en effet un rôle essentiel dans la communication et les apprentissages.

L'orthophoniste joue un rôle important dans l'accompagnement des personnes autistes. La nomenclature générale des actes professionnels reconnaît la compétence des orthophonistes dans le dépistage des troubles de la communication des personnes autistes ainsi que dans la réduction de leurs troubles. La prise en charge orthophonique ainsi instaurée s'inscrit dans des prises en charge qui se veulent pluridisciplinaires en lien étroit avec la

famille et les aidants. Cela a notamment amené certains professionnels à s'intéresser aux relations au sein d'une fratrie avec un enfant porteur d'autisme. Il semblerait ainsi intéressant de travailler dans le cadre de la fratrie en raison de la dynamique des interactions fraternelles mises en place naturellement. La Haute Autorité de Santé a notamment recommandé en 2012 de porter une attention particulière aux membres de la fratrie de l'enfant porteur d'autisme.

Il nous a paru pertinent et formateur d'aller dans le sens des recherches actuelles afin d'exploiter les pistes qu'elles proposent pour travailler au mieux avec les enfants porteurs d'autisme. Ainsi, nous proposons d'étudier chez l'enfant autiste non-verbal, l'impact d'un atelier de communication axé sur l'imitation mis en place au sein de sa fratrie.

Dans une première partie, nous avons fait le choix de définir et de préciser notre objet d'étude en énonçant les différentes évolutions qui ont abouti à notre compréhension actuelle de l'autisme. Puis, nous détaillerons les différents troubles que l'on peut retrouver chez une personne diagnostiquée autiste. Dans une seconde partie, nous détaillerons la communication et l'imitation en explicitant leur développement respectif chez l'enfant et leurs fonctions pour aboutir ensuite au postulat de l'intérêt de travailler l'imitation chez les enfants autistes. Dans une troisième partie, nous aborderons la prise en charge de l'enfant autiste dans laquelle celui-ci se retrouve être l'élément central d'un réseau constitué d'une équipe pluridisciplinaire et de ses proches.

Ces postulats feront émerger nos hypothèses et pistes de travail que nous détaillerons par la suite. Nous exposerons alors notre démarche expérimentale qui a fait l'objet d'un travail de quatre mois auprès d'un enfant autiste non-verbal de cinq ans.

Notre travail orthophonique basé sur les pré-requis de la communication et particulièrement sur les processus d'imitation sera détaillé puis analysé quant à sa portée et son impact dans les capacités communicatives et interactionnelles de l'enfant autiste. Cette démarche analytique nous mènera à nous questionner sur les apports de ce travail dans la recherche et la prise en charge orthophonique des enfants porteurs d'autisme.

PARTIE THÉORIQUE

1. Des premières descriptions de l'autisme à nos connaissances actuelles

Afin de mieux comprendre les connaissances actuelles sur l'autisme, il nous a semblé intéressant de retracer l'évolution des premières descriptions de l'autisme jusqu'à nos jours. Nous développerons ainsi les classifications et définitions de l'autisme afin de mieux cerner notre objet d'étude.

1.1. Les premières descriptions de l'autisme, un pas vers la compréhension des troubles

Le terme autisme provient de la racine grecque « αὐτος » - autos qui signifie soi-même. Ce terme fut employé pour la première fois en 1911 par Eugène BLEULER un psychiatre suisse. Par ce terme, il désignait des patients souffrant de schizophrénie. Il décrivit ainsi chez ses patients un rétrécissement de leurs relations avec les personnes et le monde extérieur, un abandon du tissu de la vie sociale et un repli sur soi. Le terme d'autisme désignait alors une perte de contact avec la réalité.

Ce terme fut ensuite repris par un psychiatre américain Léo KANNER qui émit une différence entre la personne schizophrène et la personne autiste. Selon lui, la personne schizophrène se retire du monde alors que la personne autiste n'a jamais réussi à y entrer. En 1943, il publie un article portant sur 11 cas d'enfants. Il y décrit des enfants présentant des symptômes particuliers regroupés toutefois selon des caractéristiques qui se rejoignent : une écholalie, une intelligence normale, des intérêts limités, une mémoire extraordinaire, une obsession pour des routines, une sensibilité aux stimuli et une solitude. A partir de ses observations, il crée une entité clinique, l'autisme infantile précoce.

Il énonce trois traits caractéristiques propres à ces enfants porteurs de l'autisme infantile :

- l'isolement extrême, qu'il nomme *aloneness*
- le désir obsessionnel et anxieux de préserver la constance de l'environnement, nommé *sameness*
- le caractère limité des activités spontanées.

De plus, il observe une variabilité de signes tels que des comportements répétitifs et compulsifs, des réactions atypiques aux stimuli sonores, parfois un mutisme, un retard dans l'acquisition du langage ou un langage atypique et inadapté à la communication.

L'année suivante, en 1944, Hans ASPERGER, un pédiatre autrichien décrit quatre cas de

pédopsychiatrie autistique. Il observe chez ces enfants des éléments que l'on retrouve également dans les descriptions de KANNER tels que le retrait social, les stéréotypies verbales et motrices, la résistance aux changements et un intérêt particulier pour certains objets ou sujets. Néanmoins, il décrit des enfants présentant de bonnes habiletés langagières contrairement aux enfants décrits par KANNER. Les trois perturbations principales d'ASPERGER se situent dans les domaines des interactions sociales, de la communication et des intérêts.

Par la suite, de nombreux auteurs s'attacheront à décrire les troubles présents chez les sujets autistes, à émettre des hypothèses étiologiques et à faire émerger des modes de prise en charge de la personne porteuse d'autisme. Malgré des descriptions propres à chaque auteur, des traits cliniques communs ressortent chez les enfants avec autisme.

En 1952 est publié le premier Manuel Diagnostique des Troubles Mentaux, le DSM qui propose une classification internationale des troubles autistiques. Par la suite, plusieurs DSM seront publiés menant ainsi à des définitions de l'autisme en lien étroit avec la recherche.

1.2. Définitions actuelles de l'autisme

L'autisme recouvre des entités cliniques très diversifiées selon les personnes touchées, le degré de sévérité des troubles et d'éventuels signes associés. C'est cette diversité qui nous mène aujourd'hui à l'appellation de « spectre de l'autisme ».

1.2.1. Critères diagnostiques de l'autisme

1.2.1.1. Définition et classification de l'autisme par le DSM

Durant de nombreuses années a été utilisé le DSM IV qui classait l'autisme en cinq catégories sous le terme de « troubles envahissants du développement ». On y retrouvait : l'autisme, le syndrome d'Asperger, le syndrome désintégratif de l'enfance, le syndrome de Rett ainsi que les troubles envahissants du développement non-spécifiés (TED-NOS). En 2013 est sortie la nouvelle échelle diagnostique multiaxiale du manuel statistique et diagnostique des troubles mentaux. Désormais, toutes les catégories évoquées dans le DSM-IV sont englobés dans les « *troubles du spectre de l'autisme* » qui appartiennent à la catégorie des troubles neurodéveloppementaux.

Les deux critères persistants dans la définition des TSA sont :

(A) *Déficits persistants de la communication et des interaction sociales observés dans des contextes variés.* Ceux-ci peuvent se manifester, soit au cours de la période actuelle, soit dans les antécédents et correspondent à des déficits dans la réciprocité sociale et émotionnelle, des déficits des comportements de communication non verbaux utilisés au cours des interactions sociales et des déficits du développement, du maintien et de la compréhension des relations.

(B) *Caractère restreint et répétitif des comportements, des intérêts ou des activités.* Sont alors retrouvés un caractère stéréotypé et répétitif (des mouvements, de l'utilisation des objets et du langage), une intolérance au changement, des intérêts restreints et fixes et une hyper ou hyporéactivité aux stimulations sensorielles.

Le DSM énonce notamment que *la sévérité repose sur l'importance des déficits de la communication sociale et des modes comportementaux restreints et répétitifs.* En outre, il est énoncé que *les symptômes doivent être présents dès les étapes précoces du développement,* qu'ils *occasionnent un retentissement social, scolaire/professionnel.* Enfin, le DSM V précise que *la déficience intellectuelle et le trouble du spectre de l'autisme sont fréquemment associés* bien que les troubles du spectre de l'autisme ne soient pas *expliqués par un handicap intellectuel ou un retard global du développement.*

Les changements importants entre les deux versions du manuel diagnostique témoignent des avancées constantes qui ont lieu dans le domaine des connaissances sur l'autisme. Dans la nouvelle version du DSM la difficulté de la personne avec autisme est mise en avant, notamment sa difficulté à s'ajuster à son environnement social. De plus elle met en avant les variations individuelles très fortes sur les fonctions cognitives, comportementales, sociales, sensorielles, et ce malgré le spectre unique.

Il nous a paru intéressant d'exposer ces changements en matière de diagnostic afin de mettre en évidence la complexité de l'autisme et d'aller dans le sens de LUSSIER et FLESSAS qui énonçaient en 2009 la difficulté de dégager une formulation théorique de l'autisme donnant sa définition, expliquant son fonctionnement, prévoyant son évolution et décrivant ses manifestations.

1.2.1.2. Définition et classification de l'autisme par la CIM-10

En France, la Haute Autorité de Santé recommande le diagnostic de l'autisme à partir de la classification proposée par la CIM-10 provenant de l'organisation mondiale de la santé. En 2017 sera publiée la version de la CIM-11.

La CIM-10 définit l'autisme infantile comme : « *un trouble du développement caractérisé par des perturbations dans les domaines des interactions sociales réciproques, de la communication et par des comportements, intérêts et activités au caractère restreint, répétitif.* » Elle évoque des anomalies ou des altérations de développement dans ces domaines avant l'âge de trois ans.

1.2.2. Les signes d'alerte des troubles de l'autisme

Chez les enfants de moins de 3 ans, on retrouve un certain nombre de signes d'alerte dans le développement de l'enfant pouvant également évoquer un risque d'autisme. La Haute Autorité de Santé énonce que les signes d'alerte évocateurs d'un risque d'autisme dès la première année de vie sont l'absence ou la rareté du sourire social, du contact par le regard et de l'orientation à l'appel du prénom. Elle énonce en outre qu'au cours du développement de l'enfant, on observe des perturbations du langage ou de la socialisation, des comportements répétitifs ou stéréotypés. Elle évoque également l'existence d'une possible régression dans le développement du langage ou des relations sociales de l'enfant et ce, quel que soit son âge. Enfin, l'inquiétude des parents évoquant une difficulté de développement de leur enfant est également un des signes d'alerte évocateurs d'un risque d'autisme auquel il est nécessaire d'être attentif.

Ces signes d'alerte peuvent être regroupés selon les types de troubles retrouvés chez les personnes avec autisme (adapté de BAIRD et al., 2003).

- **Sur le plan de la communication**, on retrouve en effet des perturbations dans le développement du langage de l'enfant, peu de réponse lors de l'appel du prénom, un déficit de la communication verbale et non-verbale sur les versants compréhension et expression, une absence de pointage, une absence de babillage, pas d'apparition des mots à 16 mois et pas d'association de mots à 24 mois.
- **Sur le plan de la socialisation**, on note un manque d'imitation, un manque d'intérêt pour les autres enfants, des difficultés à reconnaître les émotions d'autrui, une restriction des jeux imaginatifs, pas d'initiation dans les jeux simples, pas de participation dans les jeux sociaux imitatifs, une préférence pour les jeux solitaires, une relation étrange avec les adultes.
- **Concernant les intérêts de l'enfant, ses activités et ses autres comportements**, l'enfant peut présenter une hypersensibilité aux stimuli visuels, auditifs et tactiles, des troubles du tonus, de la préhension et de la marche, un balancement, une agressivité,

des conduites oppositionnelles, des troubles du sommeil, des troubles des conduites alimentaires, une résistance aux changements, des activités répétitives avec les objets. Ainsi, avant l'âge de 30 mois différents signes précoces peuvent affecter le développement de l'enfant et sont observables. Il est essentiel de pouvoir observer ces signes dans le diagnostic de l'enfant afin d'établir son profil de développement et ainsi mettre en place une prise en charge adaptée.

1.2.3. Diagnostics différentiels

De par la diversité et la complexité des troubles retrouvés dans la symptomatologie autistique, les praticiens se retrouvent souvent confrontés à la question du diagnostic différentiel de l'autisme. Il n'est pas toujours évident de démarquer l'autisme vis-à-vis d'autres troubles qui peuvent être rencontrés. C'est le bilan pluridisciplinaire qui éclairera le diagnostic. On retrouve différents diagnostics différentiels de l'autisme couramment effectués qu'il nous paraît intéressant d'évoquer bien que notre liste ne soit pas exhaustive, celle-ci a été réalisée à partir de la classification proposée par DENNI-KRICHEL et al. (2010).

- **Les déficits sensoriels**

Un déficit sensoriel auditif ou visuel peut être suspecté lors de l'observation clinique. Une surdité peut être suspectée en raison de l'absence de réactions à certaines stimulations auditives et notamment en l'absence de réaction à la voix. La recherche de déficits sensoriels doit donc être systématique.

- **La dépression et les carences affectives précoces**

Des troubles des interactions et des comportements stéréotypés peuvent être retrouvés chez les enfants victimes de carences affectives graves. Une intervention à temps permet la disparition des signes, toutefois les carences graves et prolongées peuvent engendrer des altérations cognitives définitives.

- **La déficience intellectuelle**

Un sujet considéré déficient intellectuel a un quotient intellectuel inférieur ou égal à 68 à l'échelle de Wechsler (BRIN et al., 2011). La déficience intellectuelle est un trouble souvent associé à l'autisme, la prévalence est estimée entre 40 et 70% (ROGÉ, 2008) et constitue également l'un des diagnostics différentiels. Chez les enfants autistes, les fonctionnements

intellectuels sont très hétérogènes. Chez les enfants déficients intellectuels, on peut retrouver des comportements évoquant l'autisme tels que des stéréotypies ou bien encore une altération dans le développement langagier. Toutefois, ces enfants présentent moins de déficit de la communication non-verbale et ne présente pas de trouble du contact.

- **Les troubles spécifiques du développement du langage**

L'autisme n'est pas un retard de langage et ne correspond pas non plus à un trouble spécifique du langage tel qu'une dysphasie. Toutefois, on retrouve chez les enfants avec une dysphasie sémantique-pragmatique des troubles s'apparentant à ceux retrouvés chez les enfants avec autisme. Ce type de dysphasie se caractérise selon BRIN et al. (2011) par des difficultés de compréhension verbale et non-verbale, un discours manquant d'informativité, un non-respect des tours de parole, une difficulté à comprendre l'humour. Ces difficultés d'utilisation du langage s'apparentent aux difficultés de type autistique.

- **Les troubles moteurs**

Les troubles moteurs sont catégorisés dans le DSM V par les troubles développementaux de la coordination motrice et par les mouvements stéréotypés. Ces derniers peuvent être présents avec des comportements d'automutilation. En outre, ils peuvent être associés à un trouble neurodéveloppemental.

- **Les déficits de l'attention/hyperactivité (TDAH)**

Le DSM V classe le déficit de l'attention/hyperactivité dans les troubles neurodéveloppementaux. Tout comme dans les cas d'autisme, les symptômes peuvent « *interférer avec ou réduire la qualité du fonctionnement social, scolaire ou professionnel* ». Une étude de BISCALDI et al. (2015) a mis en évidence que l'on retrouve des dysfonctionnements moteurs communs aux TDAH et TSA. Toutefois, les déficits de l'imitation sont spécifiques aux TSA.

- **Les tics**

Le DSM V catégorise les tics dans les troubles neurodéveloppementaux. Ils comprennent : le syndrome de Gilles de la Tourette, les tics moteurs ou vocaux persistants (chroniques). La sémiologie de ces différents troubles peut être parfois difficile à distinguer des stéréotypies motrices et vocales retrouvées dans les TSA.

1.3. Les troubles du spectre de l'autisme

1.3.1. Vignettes cliniques

De par nos diverses expériences professionnelles et cliniques lors de nos études en orthophonie, nous avons été amenée à rencontrer de nombreux adultes et enfants répondant à la catégorie diagnostique des troubles du spectre autistique.

Le cas de S.

S. est un jeune adulte de vingt ans lorsque nous le rencontrons dans le cadre d'un séjour pour adultes avec handicap. Il est diagnostiqué autiste et vit dans un foyer d'accueil pour adultes porteurs de handicap. S. est non-verbal mais communique en utilisant des lettres mobiles pour former des mots. Il émet des demandes par l'utilisation du code écrit et comprend les réponses écrites et orales. Il recherche beaucoup le contact. Il est très attiré par les bruits forts, et aime écouter de la musique.

Le cas de C.

Nous rencontrons le petit C. lors d'un stage il est alors âgé de sept ans. Il est verbal depuis ses cinq ans, a des comportements auto-agressif qui tendent à se réduire. Il est scolarisé en CE1 et bénéficie de l'accompagnement d'un AESH quelques demi-journées par semaine. Le petit C. est entré dans le monde de l'écrit et a désormais moins de difficultés à comprendre le second degré.

Le cas de P.

P. est une jeune femme d'une trentaine d'année diagnostiquée autiste. Elle vit dans une Maison d'Accueil Spécialisée pour adultes porteurs de handicaps lourds. Nous la rencontrons dans le cadre d'un séjour adapté. P. communique peu verbalement mais présente un stock lexical d'une vingtaine de mots qu'elle utilise de façon très fonctionnelle pour exprimer ses besoins.

Le cas de S.

S. est un jeune de 18 ans lorsque nous le rencontrons dans le cadre d'un séjour adapté. Ce jeune homme vit en foyer. Il est non-verbal et exprime ses besoins par le non-verbal. Il recherche parfois le contact physique dans le cadre de jeux. Il présente des comportements auto-agressifs et agressifs envers les autres en cas de frustration.

Le cas de A.

A. est un jeune homme de 19 ans que nous rencontrons lors d'un stage en cabinet libéral. Il présente un cas d'autisme léger avec toutefois une déficience intellectuelle associée. Il est scolarisé dans un lycée en section professionnelle. Il communique à l'oral et à l'écrit bien qu'il présente des difficultés à traiter les informations implicites. Il présente un langage oral très plaqué et éprouve des difficultés importantes d'organisation de ses connaissances lexicales.

Ces vignettes cliniques illustrent la diversité des histoires et des parcours des personnes avec autisme. Par ces présentations, il est bien mis en évidence que chaque personne autiste comporte ses propres particularités concernant la sévérité des troubles, ses capacités communicationnelles, ses particularités sensorielles et ses centres d'intérêts.

La variété des cas d'autisme se retrouve également dans les particularités de l'apparition des troubles. En effet, des parents témoignent parfois d'un développement normal de leur bébé jusqu'à une rupture dans ce développement et la perte des acquisitions (DANON-BOILEAU, 2002). Toutefois, malgré les différences interindividuelles, un noyau de signes diagnostiques est présent ce qui permet d'identifier ces personnes comme porteuses de troubles du spectre autistique.

1.3.2. Les troubles de l'enfant autiste sans langage

Notre étude porte sur l'enfant autiste sans langage et nous axerons notre travail sur la communication et les interactions sociales. Nous allons donc décrire les déficits que l'on retrouve chez les enfants autistes. Tout d'abord nous détaillerons les éléments de la triade autistique longtemps utilisée comme référence dans les classifications. Puis, nous détaillerons des troubles et déficits associés dans les cas d'autisme.

1.3.2.1. La triade autistique

L'organisation mondiale de la santé définit l'autisme comme un « *trouble envahissant du développement caractérisé par un développement anormal ou déficient, manifesté avant l'âge de trois ans avec une perturbation caractéristique du fonctionnement dans chacun des trois domaines suivants : les interactions sociales, la communication verbale et non-verbale et les comportements au caractère restreint et répétitif* ».

Ces troubles déjà évoqués forment ce que l'on nomme la triade autistique. Ils constituent les

domaines fonctionnels déficitaires que l'on retrouve chez les personnes avec autisme (POIRIER et al., 2013).

- **Perturbation de la communication verbale et non-verbale :**

Les déficits de la communication sont spécifiques dans l'autisme. Nous détaillerons par la suite la communication et verrons alors que les sphères qu'elles recouvrent sont généralement toutes atteintes chez les personnes avec autisme. L'enfant autiste présente une absence de pointage, ne montre pas. Les compétences socles de la communication sont atteintes ce qui entraîne des perturbations de la communication verbale et non-verbale. Le langage peut être absent ou perturbé, entravé par de nombreuses perturbations morphosyntaxiques et pragmatiques (ROGÉ, 2008). L'enfant autiste présente également des troubles dans les habiletés conversationnelles.

L'enfant autiste n'intègre pas les conventions communicatives. Il éprouve des difficultés dans la connaissance et la compréhension des fonctions de la communication. On observe également un déficit des processus d'imitation chez l'enfant autiste. Nous le verrons, l'imitation est un processus d'apprentissage qui permet le développement de la communication (NADEL, 2011).

Dans un de ses témoignages, GRANDIN (1994) raconte comme il lui était difficile de communiquer dans son plus jeune âge : « *Je me souviens très bien comme j'étais frustrée à 3 ans de ne pas pouvoir parler. Ce sentiment d'impuissance m'a souvent jetée dans des colères noires. Je comprenais ce qu'on me disait mais les mots ne sortaient pas de ma bouche. Je me rappelle avoir pensé qu'il fallait que je hurle puisque je n'avais pas d'autres moyens pour communiquer.* »

Chez l'enfant autiste, ce sont souvent les particularités du langage qui sont à l'origine des premières inquiétudes parentales. Le langage verbal à l'instar des compensations par le mode non-verbal (mimiques, gestes), se développe de manière atypique et parfois très difficilement.

- **La perturbation des interactions sociales réciproques**

La communication de la personne autiste étant perturbée, on retrouve également des déficits des interactions sociales. BRIN HENRY et al. (2011) définissent l'interaction sociale comme une « *relation mise en place par une intervention verbale ou non verbale (action, attitude, geste, mimique, regard...), initiée par l'un des partenaires* ». Cette intervention « *agit sur le partenaire et provoque une action en réponse, verbale ou non-verbale* ». Chez la personne

avec autisme, on retrouve une rareté des actes intentionnels d'échange avec les autres (imitation, jeux en groupe, recherche de l'autre même dans un moment de détresse). Ainsi, dès les premiers mois de vie, on note un déficit dans ce que Spitz a nommé les organisateurs.

- Au 2ème et 3ème mois, le nouveau-né élabore des sourires réponses au visage humain de face et en mouvement. Chez l'enfant autiste, le sourire réponse est absent ou rare.
- Au cours du 8ème mois, l'enfant développe une angoisse de l'étranger due à la reconnaissance de soi ou des autres. Chez l'enfant autiste, l'angoisse de l'étranger est absente.

C'est donc dès le début de la vie de l'enfant que l'on note des altérations des interactions sociales.

WING et GOULD (1979) se sont attachés à décrire trois formes successives du trouble social que l'on peut retrouver chez l'enfant avec autisme.

- L'isolement social : l'enfant évite le contact. Cet isolement est typique avant 5 ans. Chez l'enfant avec autisme, on peut retrouver une absence d'interaction pouvant aller jusqu'à l'évitement de tout contact.
- L'interaction passive : l'enfant accepte le contact mais fait preuve d'une faible réciprocité dans l'échange et ne l'initie pas. Les comportements verbaux et non-verbaux de l'enfant pour réguler les interactions sociales sont alors altérés.
- L'interaction « active mais bizarre » (active but odd) : l'individu cherche les contacts mais les comportements interactifs sont singuliers, agrémentés de maladresses, d'un manque d'anticipation et d'ajustement à l'autre. Les règles sociales et communicatives sont alors mal utilisées.

Un comportement d'attachement peut tout de même se développer chez la personne avec autisme mais celui-ci apparaît tardivement ou de façon déviante. Ces déficits des interactions sociales se retrouvent à différents degrés chez la personne avec autisme.

- **Les comportements répétitifs ritualisés**

La classification proposée par le DSM V énonce également la prise en compte du caractère restreint et répétitif des comportements, des intérêts ou des activités dans la pose du diagnostic d'autisme. Ces déficits s'expriment principalement par des modes de comportements, d'intérêts et d'activités restreints, répétitifs et stéréotypés. On retrouve alors chez les personnes porteuses d'autisme des mouvements stéréotypés, de répétition de la même activité avec les mêmes objets, marquant un rétrécissement des champs d'intérêts. De plus la

personne avec autisme manifeste de l'attachement à la constance de l'environnement. Les sujets porteurs d'autisme peuvent alors manifester une détresse ou une résistance face aux changements. De même ces angoisses peuvent engendrer des troubles du comportement.

La Haute Autorité de Santé énonçait en 2010 que les troubles de la triade autistique sont évolutifs. Ces déficits fonctionnels sont souvent associés à d'autres troubles.

1.3.2.2. Les troubles associés

Le sujet autiste présente souvent différents troubles associés que nous allons évoquer sans prétention d'une totale exhaustivité. A l'image des vignettes cliniques présentées précédemment, ces troubles se manifestent de façon très variable chez les personnes avec autisme ce qui témoigne une fois encore de l'hétérogénéité des profils. Notre exposé des troubles associés se base sur un recueil théorique élaboré selon les troubles dont il faut tenir compte lors d'une prise en charge en orthophonie (RAIMONDI, 2009). Les auteurs énoncent la nécessité de réaliser une évaluation complète mettant en évidence les éventuels troubles associés de la personne avec autisme permettant alors la mise en place d'interventions adaptées (POIRIER et al., 2013).

- **Les troubles de l'attention**

L'attention est une fonction permettant de se centrer sur une chose ou une situation afin de recueillir des informations ou bien d'exécuter une tâche précise (BRIN HENRY et al., 2011). L'attention joue un rôle important dans les processus de mémorisation. Chez les enfants avec autisme, on note souvent des troubles variables dans la fixation de l'attention ce qui entrave notamment la flexibilité attentionnelle qui permet l'adaptation aux changements et à l'environnement. En outre, la perturbation de l'attention se retrouve dans les difficultés qu'ont les enfants autistes à initier ou à maintenir les épisodes d'attention conjointe.

- **Les troubles perceptifs**

Les personnes avec autisme présentent la plupart du temps une hypo ou une hypersensibilité sensorielle. Ces réactions inconstantes et inhabituelles aux stimuli se manifestent au niveau : visuel, auditif, tactile, et au niveau de l'odorat. Il est ainsi essentiel de connaître les particularités sensorielles de l'enfant afin d'adapter au mieux le matériel utilisé lors des interventions.

- **Les troubles moteurs**

Les enfants avec autisme présentent des troubles moteurs tant sur le plan global que sur le plan de la motricité fine. Les enfants peuvent présenter des particularités motrices telles qu'une marche sur la pointe des pieds, un défaut d'équilibre et d'adaptation posturale liée à une conscience corporelle déficitaire (RAIMONDI, 2009). En outre, les caractères stéréotypés décrits précédemment se retrouve notamment au niveau moteur par des balancements compulsifs, parfois des tournoiements ou encore des agitations des membres supérieurs. Sur le plan de la motricité fine, les enfants avec autisme présentent souvent des difficultés de coordination des mouvements et un déficit de la coordination oculo-manuelle ce qui rend difficile les tâches faisant appel aux compétences motrices fines.

- **Les troubles impactant l'hygiène de vie**

Il est fréquent de retrouver des troubles associés qui ont un impact négatif sur l'hygiène de vie de la personne avec autisme. Ainsi, de nombreux enfants autistes présentent des troubles de l'alimentation et du sommeil. On retrouve souvent des particularités alimentaires chez les personnes avec autisme se manifestant par une importante sélectivité (POIRIER et al., 2013) ainsi que des difficultés liées au sommeil : insomnie, résistance au coucher.

Il nous semble également intéressant d'évoquer certaines théories d'auteurs qui ont observé la dysharmonie dans le développement des enfants autistes et qui l'ont attribuée à des déficits spécifiques de certaines capacités cognitives ou sociales.

- **Théories du déficit de la théorie de l'esprit**

BRIN HENRY et al. (2011) définissent la théorie de l'esprit comme la capacité « à expliquer - donc à comprendre- ou à prédire ses propres actions -ou celles de ces semblables ». Cette aptitude recouvre donc la compréhension de l'esprit et de ses représentations. BARON-COHEN (1988) s'est attaché à évaluer cette capacité chez les enfants autistes. Les études de cet auteur ont mis en évidence que les enfants présentant un niveau cognitif de cinq à six ans n'auraient pas accès à cette capacité d'attribuer des états mentaux à autrui. Toutefois, la compréhension de la réciprocité sociale ainsi que la reconnaissance de relations sociales seraient accessibles à certains enfants. BARON-COHEN a également évoqué une perturbation des compétences pragmatiques du langage et des jeux sociaux complexes.

- **Théories du déficit émotionnel**

Des auteurs font également lieu de déficits émotionnels chez les personnes porteuses d'autisme. Ces déficits se manifestent tant dans l'expression des émotions que dans leur compréhension. Les postulats des différents auteurs sont parfois divergents. KASARI et al. (1993) ont proposé un avis nuancé sur les déficits émotionnels en montrant que les enfants autistes peuvent exprimer des émotions comme à la suite d'un jeu par la manifestation d'un sourire qui traduit le contentement. Toutefois, les auteurs énoncent que l'enfant autiste ne cherche pas à partager l'émotion avec autrui. Ainsi, le déficit émotionnel se retrouverait dans des situations interactionnelles.

- **Théories d'un trouble de l'imitation dans l'autisme**

De nombreuses études ont porté sur la mise en évidence d'un déficit des compétences en imitation de l'enfant avec autisme. Toutefois, ces postulats ont été remis en question, notamment par les travaux de Jacqueline NADEL. Cette psychologue du développement a mis en évidence que l'imitation est un procédé permettant d'accéder à la communication et aux apprentissages et qu'il est nécessaire de la favoriser chez les enfants avec autisme. Ce procédé est largement utilisé en orthophonie auprès de différents troubles de la communication et constitue une piste de travail intéressante chez les enfants autistes.

Nous allons donc nous attacher à détailler la communication, son développement et ses fonctions afin de les mettre en lien avec les compétences en imitation.

2. Interdépendance de la communication et de l'imitation

Nous avons évoqué les troubles communicationnels et interactionnels retrouvés dans la sémiologie autistique. Dans un premier temps, nous décrivons la communication, son développement et ses fonctions. Dans un second temps nous évoquerons le rôle que joue l'imitation dans le développement de la communication et des apprentissages. Enfin, nous aborderons l'intérêt de favoriser l'imitation dans le développement de la communication et des interactions sociales des personnes avec autisme.

2.1. La communication

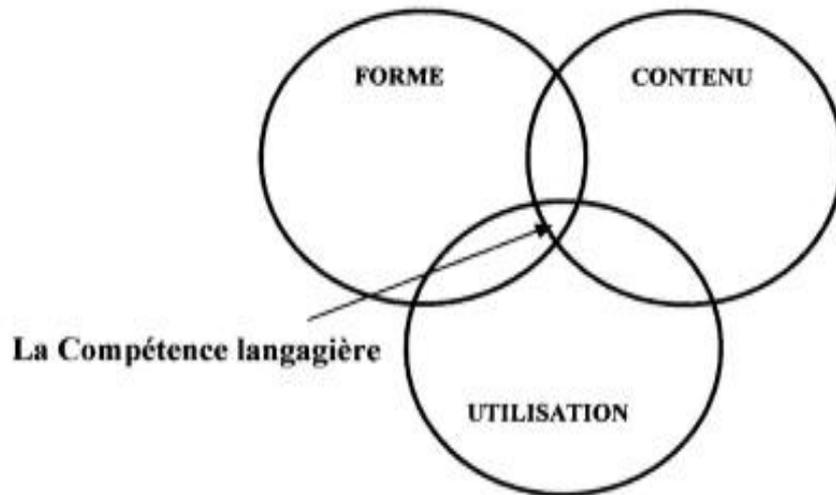
Le dictionnaire d'orthophonie (BRIN-HENRY et al., 2011) définit la communication comme « *tout moyen verbal ou non-verbal utilisé par un individu pour échanger des idées, des connaissances, des sentiments avec un autre individu.* ». Nous aborderons tout d'abord comment se développe la communication chez l'enfant tout-venant puis nous détaillerons ses fonctions.

2.1.1. Les modèles de la communication

La communication et ses fonctions ont fait l'objet de nombreuses descriptions de la part d'auteurs. Chez la personne avec autisme, on retrouve des perturbations de la communication à différents niveaux. Il nous a ainsi semblé intéressant de décrire les modèles de la communication de BLOOM et LAHEY afin de comprendre les perturbations retrouvées chez la personne avec autisme. En outre, nous nous attacherons à détailler les différentes fonctions de communication décrites par WETHERBY et PRUTTING. Enfin, nous aborderons les pré-requis essentiels à la construction d'une communication harmonieuse.

2.1.1.1. La communication selon le modèle de BLOOM et LAHEY (1978)

BLOOM et LAHEY ont proposé en 1978 un modèle tridimensionnel de la communication. Ce modèle décrit le langage comme instrument de communication. Dans ce modèle interactionniste, la compétence langagière est au cœur d'un système dans lequel on retrouve trois éléments : la forme, le contenu et l'utilisation.



Modèle tridimensionnel de la compétence langagière, modèle de BLOOM et LAHEY, 1978

- **Structure du langage, la forme – comment dire ?** : Le langage a ici valeur de code. L'émetteur peut utiliser un moyen non-verbal : posture, gestes, mimiques, intonation et/ou un moyen verbal : sons, syllabes, mots, phrases pour communiquer.
- **Utilisation sociale du langage, le contenu – quoi dire ?** : Le langage sert à exprimer des besoins, des sentiments, des désirs, des idées, des connaissances sur les objets et leurs relations.
- **Rapport au monde, l'utilisation – dans quel but dire ?** : Le langage est utilisé pour communiquer des demandes, des désirs, des déplaisirs, des arguments, des hypothèses. L'émetteur doit s'adapter au contexte et à l'interlocuteur.

On retrouve chez les personnes avec autisme des troubles touchant la compétence langagière sous ces trois aspects. A partir d'un schéma de BISHOP (1998) appliqué au modèle de BLOOM et LAHEY, une différenciation des troubles évoqués dans le diagnostic différentiel de l'autisme est visible.

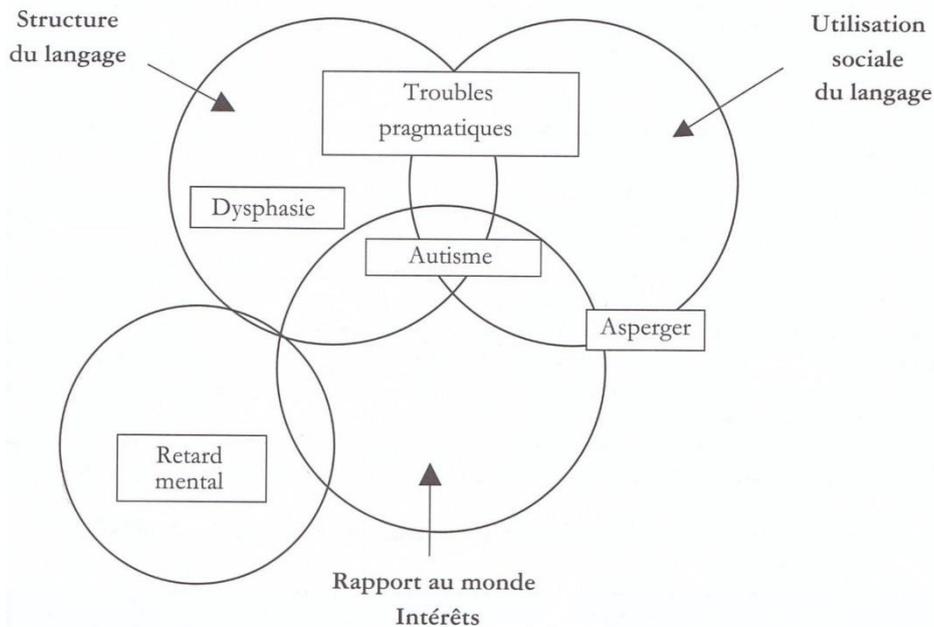


Schéma des troubles du langage et de la communication d'après BISHOP (1998), repris de *Rééducation des troubles du développement du langage oral*, les Approches Thérapeutiques en Orthophonie (COQUET, F., 2013).

2.1.1.2. Les fonctions de communication selon WETHERBY et PRUTTING

WETHERBY et PRUTTING (1984) ont décrit plusieurs fonctions de communication faisant émerger les stades précoces du développement de la communication. La classification de ces deux auteurs est souvent utilisée dans le bilan orthophonique de l'enfant porteur d'autisme ainsi il nous a paru intéressant de la détailler à partir de l'adaptation de LIVOIR-PETERSON (1989).

Les fonctions définissent les actes de communication en interaction que constituent la régulation du comportement, l'interaction sociale et l'attention conjointe :

La **régulation du comportement** consiste en l'accomplissement stable et cohérent d'actions. Elle intervient dans les interactions dont le but est la modification du comportement d'autrui. On la retrouve lorsque l'enfant accepte de modifier son comportement à la demande de l'adulte et lorsque l'enfant cherche à modifier le comportement de l'adulte. Elle nécessite donc l'utilisation adéquate d'informations pour modifier ou fournir des réponses permettant de revenir à l'état initial.

- **La demande d'objet** : elle correspond à tout acte ou émission vocale utilisés pour demander une personne ou un objet tangible non présents nécessairement. L'enfant s'adresse à une personne ou s'intéresse à un objet et attend une réponse. Par exemple l'enfant va dire « bulle »

et tendre les mains vers le flacon de bulles.

- **La demande d'action** : elle correspond à tout acte ou émission vocale utilisés pour demander à quelqu'un d'effectuer une action. Cela inclut le fait de demander de l'aide, les actions qui impliquent une autre personne ou celles mettant en relation une personne et un objet. La demande de l'enfant vise un objet et/ou une personne, et celui-ci attend une réponse. L'enfant va par exemple prendre la main de l'adulte pour l'entraîner à faire une action.

- **La protestation** : elle correspond à tout acte ou émission vocale utilisés pour demander à quelqu'un de cesser une action non désirée. Cela inclut le fait de résister à l'action d'un tiers ou de rejeter un objet offert. L'enfant vise un objet, une situation ou une personne et attend une réponse. Par exemple, il repousse l'adulte qui veut le porter.

L'**interaction sociale** consiste en une relation établie entre deux partenaires mise en place par une intervention verbale ou non-verbale. Elle renvoie à des comportements dont le but principal est d'attirer l'attention sur soi dans le cadre d'échanges ludiques. Ces échanges sont non directifs et ne concernent pas les demandes. Ils peuvent avoir lieu lors de jeux sociaux gestuels, vocaux ou verbaux, de jeux d'imitation ou de jeux d'échange d'objet.

- **La demande de permission** : elle correspond à tout acte ou émission vocale utilisés pour rechercher l'autorisation de quelqu'un dans l'accomplissement d'une action. La demande de l'enfant porte sur un objet et/ou une personne, celui-ci attend alors une réponse. Par exemple, l'enfant pose sa main sur une poignée de porte et regarde ensuite l'adulte.

- **La reconnaissance d'autrui** : elle correspond à tout acte ou émission vocale utilisés pour montrer à autrui que l'on sait qu'il est présent. Cela inclut les salutations, les interpellations, et les moyens utilisés dans la conversation pour marquer la politesse et les relations entre les personnes. L'enfant s'adresse à une personne et attend une réponse.

- **La demande de routine sociale** : elle correspond à tout acte ou émission vocale utilisés pour demander à quelqu'un de commencer ou de continuer à effectuer une interaction sociale de type ludique. Cette demande d'action est spécifique, elle fait intervenir une interaction entre l'enfant et une autre personne. La demande de l'enfant vise un objet et/ou une personne, celui-ci attend une réponse. Par exemple, l'enfant va initier un jeu de « coucou », ou encore tendre une balle à l'adulte.

L'**attention conjointe** a lieu lors d'une attention partagée entre deux partenaires qui regardent la même chose en même temps. Elle est évaluée dans les interactions dont le but est le partage

d'attention avec l'autre.

- **La demande d'information :** elle correspond à toute émission vocale utilisée pour comprendre quelque chose au sujet d'un objet ou d'un événement. Cela inclut les questions « quoi ? », « quand ? », « comment ? », « pourquoi ? » et les émissions vocales ayant l'intonation d'une question. L'enfant s'adresse à une personne et attend une réponse. Par exemple, l'enfant manipule un objet, se tourne vers l'adulte et s'adresse à lui sur un mode interrogatif.

- **Le commentaire pour autrui :** Elle correspond à tout acte ou production vocale utilisés pour diriger l'attention de quelqu'un sur un objet ou un événement. Cela inclut le fait de désigner du doigt, de montrer, décrire, informer et dénommer en interaction.

Nous avons détaillé précédemment le modèle de la communication de BLOOM et LAHEY (1978). Selon eux, la compétence langagière est déterminée par le moyen de communiquer (la forme), ce que l'on veut communiquer (le contenu) et par la raison de communiquer (l'utilisation). Utiliser la communication nécessite également de savoir quand la mettre en place, où et comment. On retrouve dans l'autisme des déficits dans ces éléments de base. Les travaux de WETHERBY et PRUTTING ont confirmé l'utilisation non homogène des différentes fonctions de communication par les enfants autistes. Bien souvent, ceux-ci utilisent la communication dans une fonction instrumentale (RAIMONDI, 2009) en agissant sur autrui et non en agissant sur leur état d'esprit. On observe tout de même chez les enfants autistes des demandes d'objet (vocales ou gestuelles) mais aussi parfois des routines sociales. Les demandes d'objet, d'action ou encore les protestations envers autrui sont privilégiées par rapport aux commentaires, demandes d'actions ou encore par rapport aux comportements pour attirer l'attention de l'adulte vers eux.

2.1.2. Les pré-requis de la communication

La communication se développe grâce à des capacités préalables essentielles. Les auteurs nomment ces capacités pré-requis ou bien précurseurs de la communication. Ces capacités se développent en parallèle dans un continuum dès la naissance de l'enfant. Elles sont nécessaires pour que l'enfant développe une communication puis un langage harmonieux. Une intégrité anatomique et physiologique est nécessaire afin que les sens participent à la construction des compétences de base de la communication. ANTHEUNIS et al. (2009) ont élaboré un outil dans lequel elles proposent une grille d'évaluation de ces compétences. A

partir de la classification proposée par les auteures, nous avons fait le choix d'enrichir les domaines énoncés.

2.1.2.1. Les compétences socles

La mise en place du regard : l'intégrité des organes responsables de la vision permet la mise en place du regard. Il se construit dans les premiers mois de vie, il se dirige d'abord devant puis s'ouvre vers l'extérieur. Par le regard, l'enfant partage les informations contextuelles avec son interlocuteur. Le regard peut être établi, maintenu, et interrompu.

La poursuite visuelle : le regard doit être installé et maintenu pour mettre en place une poursuite visuelle stable. Celle-ci est présente dès le deuxième mois de vie selon les auteures. Elle est essentielle dans la communication entre deux interlocuteurs, dans laquelle les expressions et mouvements non-verbaux sont en mouvements constants.

L'attention conjointe : L'attention conjointe se met en place chez l'enfant dès 4-5 mois. Elle est liée à la mise en place du regard et à la poursuite visuelle. C'est la capacité pour l'adulte et le bébé de regarder ensemble et en même temps. Elle nécessite notamment la capacité de coordination du regard entre l'objet et l'interlocuteur. Cette attention partagée va déclencher chez l'adulte la dénomination. L'attention conjointe est donc essentielle dans la mise en place de la fonction « langage » (BRUNER, 1983). L'enfant possède à son tour la capacité de se servir de son regard pour diriger l'attention d'autrui. Se met alors en place un triangle référentiel (TOMASELLO, 1999) entre l'enfant, l'objet et l'interlocuteur.

L'attention et l'orientation aux bruits environnants : Cette capacité recouvre plusieurs éléments :

- La réaction aux bruits et sons environnants : dès les premiers mois de vie, le nouveau-né manifeste un intérêt pour tous les bruits et sons de manière indifférenciée.
- La localisation de la source sonore : les réactions aux bruits nécessitent notamment une localisation de la source sonore. Une intégrité auditive binaurale est alors essentielle.
- La réaction à la voix : c'est progressivement que l'enfant manifeste un intérêt particulier pour les sons de la parole (ANTHEUNIS et al., 2009). La réaction à la voix va permettre à l'enfant d'identifier son interlocuteur sans le voir et de réagir à l'appel de son prénom.

La capacité à utiliser des gestes à visée communicative apportant un complément d'information et des gestes symboliques : ces gestes ont une visée communicative et sont acquis par l'enfant aux alentours de 8 mois. ADRIEN et al. (2002) énonce qu'ils reposent sur « *un code connu et partagé par tous les membres d'un même groupe culturel* ». Ces gestes sont transmis implicitement à l'enfant par son entourage. Les gestes à visée communicative accompagnent les actions de l'enfant et ainsi ajoutent de l'information à ses intentions de communication, comme par exemple prendre le bras de l'adulte pour l'amener vers un objet désiré mais non accessible par l'enfant. En outre, les gestes symboliques ont valeur de symbole et sont partagés par toute une communauté, comme le geste du coucou par exemple.

La capacité à utiliser le pointage : le pointage se développe chez l'enfant à partir de 8 mois, c'est le pointage proto-impératif qui permet à l'enfant de désigner ce qu'il veut. Vers 12 mois on parle de pointage proto-déclaratif par lequel l'enfant manifeste son intérêt pour un objet en tendant sa main vers celui-ci. Ces procédures marquent le début des activités référentielles et permettent à l'enfant d'initier des situations d'attention conjointe.

La capacité à être dans l'échange et le tour de rôle : Cette compétence apparaît très tôt chez l'enfant. Dès les 2 mois et demi de l'enfant, se mettent en place des tours de rôle dans la vocalisation entre le bébé et l'adulte. L'enfant est capable d'initier ces tours de rôle vocaux dès 5 à 7 mois. S'instaure alors une vraie communication entre le bébé et son interlocuteur. Vers 8 mois émergent les tours de rôle sur objets et l'enfant prend plaisir aux échanges. Les jeux d'alternance sonore nécessitent l'installation d'une relation dans laquelle les productions se réfèrent à un contenu sonore ou sémantique. Cette capacité à réaliser un tour de rôle va ainsi favoriser l'élaboration des significations.

La capacité d'imitation motrice : L'imitation est définie par BRIN et al. (2011) comme une « *conduite consistant à contrefaire le comportement de quelqu'un ou d'un objet* ». Cette capacité se développe très tôt chez l'enfant. L'enfant est capable d'imitation motrice immédiate dès 12 mois selon les auteures. On parle d'imitation différée lorsque l'enfant imite après avoir perçu l'action, cette capacité est possible dès 2 ans et 6 mois.

L'élan à l'interaction : C'est à partir de 4 à 5 mois que l'enfant cherche à entrer en relation avec ses parents. Il veut être porté, appelle ses parents, tend les bras pour se faire porter... Ces

demandes caractérisent les premiers élans de l'enfant à l'interaction. Ils vont s'affiner par la suite par des demandes au niveau gestuel ou encore tactile.

→ Chez les enfants autistes on retrouve très fréquemment des déficits des compétences décrites. L'enfant autiste présente des anomalies du regard. Son regard est souvent furtif, se fixe mal et est difficilement maintenu. LAXER (1997) a répertorié les troubles visuels que l'on retrouve chez l'enfant autiste. Ces troubles sont d'ordre visuo-perceptifs : reconnaissance des objets, des personnes, des couleurs, trouble de la discrimination fine ; visuo-moteurs : poursuite oculaire, coordination des mouvements de l'œil ; ou encore visuo-spatiaux : orientation de la vision, difficulté d'appréciation des distances, localisation visuelle dans l'espace. Si le regard se met en place, il est rarement utilisé pour communiquer à bon escient. On retrouve également chez les enfants porteurs d'autisme une hypo ou une hyper sensibilité aux sons. Les réactions aux bruits, aux sons et à la voix sont très variables selon les particularités sensorielles de la personne avec autisme.

De plus, les enfants avec autisme s'expriment peu par des gestes conventionnels. ADRIEN et al. (2002) parle de « *gestes apparentés conventionnels* », tentatives de gestes : préhension, rapprochement des mains, détournement de la tête en cas de refus. L'absence de pointage chez l'enfant autiste oriente notamment le diagnostic. Le pointage nécessite la prise en compte de l'autre et la reconnaissance de ses états mentaux. Ces deux compétences sont déficitaires chez les enfants autistes.

L'attention conjointe est déficitaire chez l'enfant autiste. Les difficultés de mise en place du regard entravent le contact personne/objet. On retrouve alors une difficulté dans la transmission et le partage des informations.

2.1.2.2. La communication non-verbale

La capacité de demandes non-verbales et para-verbales : l'enfant construit des capacités de demandes non-verbales et para-verbales (intonation, rythme de la parole) qui lui permettent d'exprimer ses besoins, ses désirs et de renseigner l'adulte sur son état intérieur. Ainsi, le tonus et les mouvements sont des données non-verbales qui renseignent sur l'état de l'enfant dès les 3 mois. Sur le plan paraverbal, c'est à partir de 1 à 3 mois que l'intonation de la voix et la diversité des cris de l'enfant renseignent l'adulte. Les mimiques faciales produites par l'enfant dès 3 mois se diversifient vers 7 mois et constituent également une capacité de demande non-verbale.

La capacité à reconnaître la mimique des autres : Le visage est donc très porteur d'expressivité et participe fortement à l'expression des besoins, des demandes et renseigne sur l'état intérieur et les émotions d'une personne. Les mimiques sont donc produites par l'enfant dès sa naissance (la première mimique étant le sourire intentionnel). Les mimiques du bébé vont s'enrichir par les réactions de son entourage. L'enfant développera également la capacité à reconnaître la mimique des autres et percevra ainsi les sentiments exprimés.

La compréhension non-verbale :

L'enfant doit posséder des capacités en expression et également en compréhension. Sa communication dépendra donc de sa capacité à comprendre les éléments non-verbaux et para-verbaux exprimés par son entourage. De plus, sa compréhension dépendra de son observation dans la relation à autrui : l'enfant sera sensible aux gestes qui accompagnent la parole et cela l'aidera à construire du sens.

→ Chez l'enfant avec autisme, on note un déficit des capacités de communication verbale et non-verbale. Ses expressions faciales sont souvent pauvres ou peu appropriées au contexte de communication. De plus, il présente généralement des difficultés pour comprendre et interpréter les éléments non-verbaux de son entourage.

2.1.2.3. La communication verbale

La facilité à la sonorisation et les productions sonores de l'enfant :

Les auteurs estiment la période prélinguistique qui commence dès la naissance très importante (BRIN et al., 2011). Elle précède l'installation du langage oral et marque l'apparition et le développement des premières productions. Les jasis, vagissements, lallations, roucoulements, cris et pleurs sont les premiers moyens d'expression du nouveau-né qui indiquent son confort ou son inconfort. Dès le deuxième mois, émergent les vocalisations réponses. Le bébé produit des séquences phoniques qui sont renforcées par son entourage qui lui répond. Une sorte de dialogue vocal se met alors en place. Le babillage canonique correspond à des productions répétitives avec alternance de consonnes et de voyelles, il se met en place aux alentours du 6^{ème} mois. Vers 8 mois, le babillage se diversifie par la production de séquences variées de syllabes. C'est notamment de la qualité du babillage que dépend le futur développement du langage de l'enfant. L'apparition des premiers mots stables a lieu aux alentours du 11^{ème} mois.

Les capacités d'imitation verbale : Les productions verbales de l'enfant vont également se diversifiées s'il est capable d'imitation verbale. Le jeune enfant s'intéresse à mobiliser sa sphère oro-faciale : il claque sa langue, la tire, souffle puis produit des onomatopées, cris d'animaux et autres bruitages dès 7 à 9 mois. Il est capable de diversifier ses productions et d'imiter les productions de ses pairs ou interlocuteurs. Vers 9 mois, l'enfant développe la capacité de jargonner pour imiter le discours de l'adulte.

→ Chez l'enfant autiste, on note généralement une faiblesse dans les productions. Les intonations des différents cris ne varient pas en fonction des situations ou des besoins de l'enfant. On note également une absence ou une anomalie de babillage. Vers 16 mois, on note chez l'enfant autiste une absence de mots et un langage qui ne se construit pas toujours ou qui se construit lentement.

2.1.2.4. Les capacités cognitives

Les capacités cognitives de l'enfant sont également déterminantes dans le développement de son langage et de sa communication. En effet, l'utilisation du langage nécessite un certain niveau de symbolisation, une conscience de pouvoir communiquer, une connaissance des choses et du monde environnant (BRIN et al., 2011).

La capacité de faire-semblant et de jeu symbolique : le faire semblant correspond aux activités ou jeux qui mêlent le réel à l'imaginaire, il permet l'appropriation de situations ou de rôles auxquels l'enfant est confronté dans son quotidien. Il se développe à partir de 2 ans et demi et contribue à l'élaboration du langage (BRIN et al.). Le jeu symbolique nécessite la représentation d'une image mentale, c'est-à-dire la capacité à élaborer des représentations sur les choses, à symboliser. Le faire-semblant puis le jeu symbolique s'inscrivent dans une progression. Tout d'abord, l'enfant imite puis réalise des imitations différées pour parvenir ensuite au jeu de faire-semblant.

La sensibilité au monde des personnes et des choses, des états, des actions et des événements : dès 3 mois, l'enfant porte un intérêt pour de nouvelles personnes et pour les objets variés qui l'entourent. Dès 5 mois, il va explorer les éléments de son environnement : porter les objets à sa bouche, les manipuler, les observer puis découvrir les différentes propriétés de ces objets par la réalisation d'actions sur eux. Le développement sensori-moteur

de l'enfant est donc essentiel dans sa découverte des objets et de leurs propriétés.

→ Chez l'enfant autiste, le jeu de faire-semblant et le jeu symbolique sont souvent déficitaires. Ce déficit peut être expliqué par la théorie du déficit de la théorie de l'esprit, développée précédemment. En outre, chez l'enfant autiste, le jeu est souvent stéréotypé, répétitif et orienté vers ses centres d'intérêt restreints. Selon BARON-COHEN (1988), les objets sont manipulés sans intérêt pour leur fonction ou leur attrait ludique et plutôt pour leurs propriétés physiques.

La communication se développe donc à partir de différentes compétences dont fait partie l'imitation. Dans ce travail, nous avons choisi de mettre en évidence l'intérêt de favoriser l'imitation chez l'enfant autiste non-verbal. Ainsi, nous allons détailler le développement de l'imitation, son rôle ainsi que l'intérêt de la favoriser chez l'enfant avec autisme.

2.2. L'imitation

NADEL évoque en 2011 que connaître la place de l'imitation dans les compétences des personnes autistes amène à mieux connaître l'autisme et l'imitation. Nous allons donc nous attacher à décrire le développement de l'imitation chez l'enfant tout-venant et nous détaillerons son rôle. Puis nous irons dans le sens des auteurs qui ont mis en évidence l'intérêt de favoriser l'imitation chez l'enfant autiste non-verbal.

2.2.1. L'imitation chez l'enfant tout-venant

2.2.1.1. Développement de l'imitation

S'attacher à décrire le développement de l'imitation est une tâche très vaste qui nécessite quelques éclaircissements. Tout d'abord, cela nécessite de définir ce qu'est l'imitation.

BRIN et al. (2011) la définissent comme une « *conduite consistant à contrefaire le comportement de quelqu'un ou d'un objet* ».

Le Petit Robert (2012) définit l'imitation comme une « *action de reproduire volontairement ou de chercher à reproduire une apparence, un geste, un acte d'autrui* ».

Dans un article de 2002, NADEL et POTIER soulignent l'hétérogénéité de l'imitation. NADEL énonce que l'imitation se retrouve sous des formes multiples. D'une part l'imitation

peut être immédiate lorsqu'une action est imitée spontanément dans le temps et l'espace. D'autre part, l'imitation peut être différée dans le cas où l'action sera imitée après un certain laps de temps. En outre, NADEL accorde une importance particulière à la capacité de se reconnaître comme étant imité. Nous détaillerons ces différentes modalités de l'imitation par la suite.

De nombreux auteurs se sont attachés à définir l'imitation et à modéliser son développement. C'est le cas du psychologue suisse PIAGET (1945) qui s'est attaché à décrire l'évolution de l'imitation chez l'enfant au cours de son développement sensori-moteur. Selon l'auteur, l'imitation se développe dès la naissance comme un réflexe. L'imitation réflexe se développe par la suite de façon systématique lorsque l'enfant développe le babillage avec l'alternance de prise de parole avec autrui. L'enfant différencie ensuite ses productions des productions d'autrui et commence à imiter des sons avec sa langue. C'est vers 18 mois que PIAGET considère l'instauration de l'imitation comme achevée. Par la suite se développe ce que l'auteur nomme l'imitation différée. PIAGET considère que l'imitation est un processus participant à l'apparition et au développement de la fonction symbolique. En effet, l'imitation permettrait de passer d'une intelligence sensori-motrice à des représentations imagées. Comme nous l'avons évoqué précédemment, le développement du langage est fortement lié à cette capacité à symboliser, à se représenter mentalement les choses.

Après avoir choisi d'exposer le point de vue de PIAGET sur l'imitation, nous allons désormais nous attacher à décrire le développement chronologique de l'imitation sur lequel les auteurs s'accordent actuellement. MELTZOFF (1990) a mis en évidence que dès les premières heures de vie, le nouveau-né imite des mouvements faciaux inscrits dans son répertoire fœtal. C'est entre 6 et 9 mois qu'il parvient aux premières imitations intentionnelles d'action et à 12 mois qu'il commence à imiter de nouvelles actions. Ses imitations vont de pair avec ses acquisitions sensori-motrices. Alors que le répertoire d'imitation du nouveau-né évolue, il en est de même pour sa reconnaissance d'être imité. C'est à 21 mois que l'enfant reconnaît l'imitateur comme imitant intentionnellement mais également comme désireux d'utiliser l'imitation pour communiquer. C'est également aux alentours de 21 mois que se met en place une utilisation particulière de l'imitation comme système de communication sans mots. L'imitation est donc une capacité qui se met en place très tôt chez l'enfant et qui se développe au cours des premiers mois de vie.

2.2.1.2. L'imitation selon NADEL

Nous allons tout d'abord exposer les séquences développementales de l'imitation reprises et décrites par NADEL (2011) :

- De 0 à 3 mois l'enfant imite tout d'abord les mouvements faciaux puis corporels. De 3 à 6 se développe l'imitation de gestes puis l'imitation d'actions avec des objets à partir de 6 à 8 mois.
- De 12 à 14 mois se développent les imitations des actions familières avec l'utilisation d'objets usuels puis les imitations peuvent être réalisées avec des objets nouveaux.
- De 16 à 21 mois, l'enfant est capable de réaliser des imitations avec des objets nouveaux sans usage déterminé (par exemple, mimer l'action de manger avec un bout de bois). Puis l'enfant réalise les actions avec des objets réservés à un autre usage (par exemple, mimer l'action de manger avec un stylo)
- De 24 à 30 mois, l'enfant réalise des imitations d'actions ou de gestes significatifs comme le geste du bravo, du coucou. Puis il réalise des gestes non significatifs qui ne transmettent pas de sens.
- De 18 à 24 mois l'enfant imite des actions concrètes qu'il peut observer être réalisées par son entourage (par exemple, essayer la table). L'enfant développe ensuite l'imitation d'actions symboliques (par exemple, faire-semblant de téléphoner).

NADEL précise en 2011 que plus l'imitation comporte de séquences et plus elle sera difficile à imiter. En outre, elle énonce que l'imitation est plus facilement réalisée lorsqu'elle est immédiate que lorsqu'elle est différée.

NADEL (2011) énonce que pour comprendre l'imitation, il faut comprendre ce que l'on imite, à quel moment a lieu l'imitation et également comment elle est produite. En effet, l'imitation peut être immédiate, décalée ou encore différée. Dans le cadre d'une imitation, chaque individu joue un rôle différent, celui d'être : l'être imitant ou l'être imité. L'imitation nécessite la capacité à associer la perception à l'action. Son développement est basé sur trois composantes essentielles (2011) : la synchronie, la distribution des rôles et l'attention conjointe. Elle forme alors un système de communication et devient un moyen d'apprentissage.

2.2.1.2.1. Les bases de l'imitation

- **La synchronie** : la synchronie est un élément essentiel lors de l'interaction entre deux individus. NADEL a observé que dès sa naissance, le bébé sait si l'adulte est engagé avec lui dans l'échange. En effet, l'auteure a observé que la réaction d'un bébé diffère selon que sa mère lui sourit ou lui parle en direct ou en différé. Lors d'une interaction synchrone, le bébé imite sa mère ce qui n'est pas le cas lors que sa mère est en interaction différée. Ainsi, l'imitation nécessite un élément essentiel à la communication : la capacité à « *saisir le simultané* » (NADEL, 2011).

- **La distribution des rôles** : dans toute situation de communication entre deux individus, l'un émet et l'autre individu reçoit le message. La distribution des rôles alterne au cours de l'interaction. Dans une situation d'imitation, on retrouve également cette répartition des rôles : l'un imite et l'autre est imité. Les enfants savent spontanément échanger les différents rôles d'imitant et d'imité, se réalise alors une alternance des rôles. La mise en situation de l'imitation avec des objets en deux exemplaires entre des enfants favorise les échanges de rôle et la synchronie.

- **L'attention conjointe** : Dans un article de 2012, NADEL énonce que l'imitation consiste à adapter sa perception à l'autre et que l'enfant enrichit ses répertoires d'action par l'observation. Le couplage perception-action favorise ainsi les épisodes d'attention conjointe, élément essentiel dans le développement de la communication.

2.2.1.2.2. Les trois types d'imitation

- **L'imitation immédiate** : l'imitation immédiate implique une capacité de synchronisation par laquelle s'instaure une alternance des rôles et une interaction directe entre l'imitant et l'imité. NADEL a réalisé de nombreuses expériences pour étudier les différents types d'imitation. Concernant l'imitation différée, l'auteure énonce que jusqu'à ses 30 mois, le bébé utilise préférentiellement l'imitation spontanée pour communiquer. L'imitation immédiate aurait donc une fonction de communication transitoire qui disparaîtrait progressivement avec le développement du comportement verbal.

- **L'imitation différée** : l'imitation différée se produit après un délai entre la présentation du modèle et la réalisation de l'action imitée. Des études de MELTZOFF et MOORE (1992) ont

mis en évidence que les enfants sont capables d'imiter une action en différée et également de retenir l'action perçue pour une durée pouvant aller jusqu'à 4 mois. L'imitation différée est donc une forme d'apprentissage utilisée tout au long de la vie et par laquelle l'enfant peut s'adapter à des situations nouvelles.

- **La reconnaissance d'être imité** : cette reconnaissance s'observe lorsque la personne imitée teste la personne l'imitant. Se crée alors un jeu d'imitation dans lequel le rôle d'imitant et d'imité peuvent s'inverser. Cette capacité de reconnaissance d'être imité contribue au développement de l'intentionnalité communicative. L'imitation ne correspond plus à un mécanisme d'apprentissage mais à une stratégie entraînant un effet social chez le partenaire d'imitation.

2.2.1.2.3. Les fonctions de l'imitation

NADEL (1986) a mis en évidence que les enfants sont beaucoup plus attentifs l'un à l'autre lorsqu'ils s'imitent et doivent ainsi se regarder mutuellement, rien beaucoup plus que lors d'un jeu normal et sont en situation d'interactions sur la base d'un thème commun. De plus, l'utilisation d'objets identiques constitue un cas particulier d'attention conjointe. En effet, les enfants partagent ainsi leur attention sur un thème à travers l'usage identique des mêmes objets. En outre, les enfants se coordonnent pour réaliser les mêmes actions simultanément ce qui démontre une synchronie entre les enfants. Enfin, lorsque deux enfants s'imitent, ils organisent un tour de parole dans lequel l'un joue le rôle de l'imitateur et l'autre de modèle imité. Ces différents éléments sont : le regard mutuel, l'attention conjointe, la synchronie (qui apparaît notamment lors d'un hochement de tête, d'un acquiescement lors d'un échange) et le tour de parole. Ces compétences sont des compétences socles permettant l'établissement d'une communication harmonieuse. L'imitation est donc un moyen de communiquer de manière non-verbale.

NADEL (2011) énonce qu'au cours du développement ordinaire, l'imitation a donc deux usages. D'une part, elle permet à l'enfant de communiquer de façon non-verbale en développant des compétences nécessaires à la communication. D'autre part, l'imitation permet l'apprentissage d'actions nouvelles par le couplage perception-action des actions d'autrui. L'imitation permet l'acquisition d'un répertoire d'actions, de représentations motrices et développe chez l'enfant la distinction entre ce qu'il voit et ce qu'il produit. L'imitation se

retrouve sous les différentes modalités verbales et non-verbales.

L'imitation est donc une fonction d'apprentissage et de communication. C'est alors qu'il semble très intéressant de proposer un travail de l'imitation auprès des enfants autistes non-verbales afin de favoriser le développement de leur communication.

2.2.2. Favoriser la communication par l'imitation chez l'enfant autiste

De nombreux auteurs ont défendu l'idée que les enfants avec autisme présentaient un déficit spécifique de l'imitation. DEMYER et al. (1972) furent les premiers à émettre l'hypothèse de ce déficit. Par la suite, d'autres études se sont attachées à savoir si les difficultés des enfants avec autisme étaient liées à un déficit de l'expression symbolique ou à une difficulté à organiser une séquence de mouvements (NADEL, 2011). Un article de CHARMAN et BARON-COHEN (1994) change la donne. L'article intitulé « *un nouveau regard sur l'autisme* » montre que les chercheurs n'ont pas retrouvé de différences dans les compétences en imitation des enfants autistes et des enfants neurotypiques. Par la suite, d'autres recherches menées sont allées dans ce sens et notamment les recherches de NADEL.

A été menée à Metz une expérience favorisant l'entraînement de l'imitation auprès de huit enfants durant une année scolaire. Les séances duraient vingt minutes et avaient lieu deux fois par semaine. L'étude avait pour objectif d'évaluer l'impact d'un entraînement de l'imitation sur les comportements de communication des enfants. Les enfants participant avaient entre trois et six ans, peu de langage (pas plus de cinq mots utilisés fonctionnellement) et avaient été diagnostiqués autistes. L'échelle d'imitation élaborée par NADEL a été utilisée pour la phase d'évaluation initiale de même que le PEP-R permettant de définir le niveau développemental de chaque enfant. Les passations ont été menées par différents professionnels compétents : éducateurs, infirmiers, psychologues, cadres de santé et psychomotriciens qui ne travaillaient pas habituellement avec les enfants afin d'éviter un effet d'interférence avec les prises en charge habituelles. Les enfants ayant bénéficié de l'exercice de l'imitation durant une année scolaire ont développé des comportements positifs de façon stable et ce, dans leurs différents environnements de vie. Chez les enfants ont donc été observés de façon variable une progression des capacités en imitation (tant en qualité qu'en quantité), une facilitation de leur communication par l'utilisation de l'imitation et une augmentation de leurs comportements positifs dans leurs environnements.

Une étude de 2010 (CARDON et WILCOX) va dans le même sens en mettant en évidence des résultats positifs concernant l'augmentation de l'imitation chez des enfants ayant bénéficié d'un entraînement.

L'imitation se développe avec son usage, elle s'enrichit des répertoires d'actions, des représentations motrices et des relations entre objets et actions. Elle se façonne par la distinction entre ce que la personne fait et ce qu'elle voit des actions d'autrui. S'exerçant à différents niveaux, les enfants autistes démontrent donc une capacité d'imitation. C'est ainsi que la diversité des capacités des enfants avec autisme se retrouve dans une diversité de niveaux d'imitation.

Les expériences mises en place par NADEL ont mis en évidence que l'imitation se substitue aux expériences directes que l'enfant autiste n'entreprend pas seul, faute d'être attiré par la nouveauté en raison de ses intérêts restreints. Pour pratiquer la communication par l'imitation, l'enfant autiste est amené à utiliser l'imitation dans ses deux facettes : en imitant et en étant imité. En outre, l'auteure énonce en 2011 que l'imitation est sélective quand elle est spontanée. Ainsi, l'enfant autiste réalisera préférentiellement un certain type d'imitation selon ses intérêts et capacités.

NADEL énonce qu'une stimulation appropriée peut conduire à l'usage de l'imitation dans les deux fonctions essentielles que sont les apprentissages et la communication que nous avons développés précédemment.

Les recherches sur les effets de l'imitation sont d'actualité et mettent en évidence l'intérêt de proposer un travail d'imitation à des enfants autistes non-verbaux. Nous avons ainsi détaillé le développement de la communication et son enrichissement par l'entraînement de l'imitation. Cette piste de travail est donc très intéressante dans les prises en charge orthophoniques d'enfants porteurs d'autisme. Nous allons désormais aborder la prise en charge de l'enfant autiste, véritable réseau dont l'objectif est d'accompagner au mieux l'enfant et sa famille.

3. La prise en charge de l'enfant autiste

Il existe actuellement de nombreux courants théoriques mettant en avant différents modes de prises en charge des personnes avec autisme. Ils s'accordent sur un point essentiel : l'enfant autiste doit être au cœur d'un réseau de prises en charge faisant appel à des intervenants pluridisciplinaires.

3.1. La prise en charge de l'enfant autiste en orthophonie

La loi du 10 juillet 1964 a donné un statut légal à la profession d'orthophoniste dont le champ de compétences n'a cessé de s'élargir et de se préciser depuis. Le dictionnaire d'orthophonie (BRIN-HENRY et al, 2011) définit l'orthophoniste comme un professionnel de santé et un auxiliaire médical. Il est chargé de la prévention, du dépistage, de l'évaluation, du diagnostic et du traitement des troubles variés portant sur la voix, la parole, le langage oral et écrit dans son expression et sa compréhension, de la communication orale et écrite, et des troubles de la déglutition.

Ce professionnel joue donc un rôle important dans la prise en charge de la personne autiste chez qui l'on retrouve des troubles portant sur la communication et les interactions sociales.

L'objectif principal de la prise en charge est alors de rétablir la communication de l'enfant autiste qui peut être atteinte au niveau non-verbal et verbal (oral ou écrit). Pour cela, l'orthophoniste doit réaliser une évaluation spécifique et complète des capacités et des difficultés de l'enfant. L'évaluation détaillée permet de mettre en place un axe de prise en charge des troubles de la personne avec autisme.

Un mémoire d'orthophonie de 2009 (RAIMONDI) s'est notamment attaché à décrire des principes indéfectibles de la prise en charge de l'enfant autiste sans langage :

- **Connaissance des troubles autistiques** : Il est essentiel que l'orthophoniste ait une pleine connaissance du trouble neurodéveloppemental de l'autisme et du fonctionnement cognitif des enfants autistes.
- **Développement d'un état d'esprit adéquat** : Il est nécessaire que le professionnel considère que le comportement des enfants autistes correspond à leur propre logique et à leur façon d'appréhender le monde. En 2005, COMPOINT-DUFLO et al. énonçaient en effet que « *l'enfant avec autisme, qu'il soit verbal ou non-verbal, présente un fonctionnement si différent qu'il doit conduire l'orthophoniste à penser autrement son travail* ». Par son observation et son évaluation, l'orthophoniste doit alors formuler des

hypothèses sur le fonctionnement cognitif de l'enfant, découvrir ses intérêts particuliers, être attentif aux progrès de l'enfant et à tous ses signes de communication. Le rôle de l'orthophoniste est de donner du sens à la communication de l'enfant.

- **Mise en place d'un cadre adapté afin de diminuer les troubles du comportement :** Les éléments essentiels consistent à structurer l'espace, le temps et gérer les renforçateurs afin de créer une dynamique dans la prise en charge. Les renforçateurs sont des moyens mis en place pour récompenser l'enfant suite à des comportements ou bien des actions. La mise en place d'un cadre de travail adapté entraîne la réduction de l'anxiété. Diminuer l'anxiété et l'incompréhension de l'enfant autiste permettra de mettre en place une base de travail de la communication et mènera l'enfant à s'exprimer autrement que par ses troubles.
- **Adapter son discours :** Professionnel de la communication, un écueil serait de surcharger l'enfant autiste d'informations langagières. Par ses particularités sensorielles et le fonctionnement cognitif qui lui est propre, l'enfant autiste a la plupart du temps une mauvaise compréhension du langage verbal. Il faut alors veiller à ne pas surcharger l'enfant d'informations mais plutôt d'utiliser un langage adapté, fait d'un lexique simple et de structures de phrases courtes et claires. Afin de faciliter la compréhension, le débit doit être ralenti et les mimiques exagérées.
- **Soutenir la compréhension en prenant appui sur des aides visuelles et gestuelles :** La compréhension doit également être facilitée par l'utilisation de moyens visuels et gestuels. Il existe aujourd'hui de nombreux supports qu'il faudra sélectionner en fonction du degré de symbolisation de l'enfant. En posant des gestes ou des images sur les mots, l'enfant peut repérer plus facilement les éléments importants de la phrase et y mettre du sens.
- **Travailler en équipe :** L'enfant autiste est au cœur d'un réseau de prises en charge dans lequel il est essentiel et indispensable que les intervenants travaillent en accord afin d'envisager la meilleure progression possible pour l'enfant.
- **Veiller à l'accompagnement parental :** L'accompagnement parental est une clé essentielle à toute prise en charge précoce et particulièrement dans le cadre de l'autisme. Le rôle du professionnel sera d'informer, de soutenir, de conseiller la famille. Nous détaillerons ces éléments par la suite.

L'orthophoniste s'attache donc à rétablir la communication perturbée de l'enfant autiste en renforçant les compétences nécessaires à l'établissement d'une communication fonctionnelle ou en lui apportant des moyens de compensation pour favoriser l'amélioration de sa

communication. Ce travail auprès de l'enfant autiste s'inscrit au cœur d'un réseau de prises en charge centrées sur l'enfant.

3.2. L'enfant autiste au cœur d'un réseau pluridisciplinaire

Ces dernières années, les prises en charge se sont basées sur l'idée qu'il est nécessaire d'offrir à l'enfant autiste une prise en charge précoce et individualisée.

En l'absence de données suffisantes sur les facteurs expliquant la survenue des troubles autistiques, les prises en charge s'appuient sur des observations et des hypothèses sur le fonctionnement de la personne avec autisme. Nous avons évoqué les particularités et difficultés propres à chaque enfant autiste. C'est le bilan diagnostique adapté qui met en évidence les capacités ainsi que les déficits de l'enfant autiste. Ce travail diagnostique permet alors l'émergence des axes de prise en charge et des objectifs de travail sur les compétences développementales de l'enfant. Le diagnostic ainsi que les axes de prises en charge sont menés par une équipe pluridisciplinaire.

Autour de l'enfant autiste s'organise alors tout un réseau plus ou moins formalisé (selon le mode de prises en charge de l'enfant : en institut ou en libéral) dans lequel tous les intervenants échangent et communiquent autour de l'enfant. Le réseau est défini par le Petit Robert (2012) comme « *l'ensemble des moyens mis en place assurant la communication* ». Il est ainsi important que les intervenants se rencontrent, communiquent et définissent ensemble les objectifs et priorités compte tenues des évolutions de l'enfant. Cela implique une pleine transdisciplinarité autour de l'enfant où chacun décloisonne ses spécialités tout en affichant ses compétences et ses connaissances spécifiques (ELOUARD, 2012). Cet échange au sein du réseau de prises en charge permet d'envisager en globalité la vie de l'enfant sur les plans de l'éducation, de la rééducation, des soins, de sa socialisation et ce, sur plusieurs années à venir. Malgré l'importance de la pluridisciplinarité autour de l'enfant autiste, un écueil serait une dispersion des objectifs de chaque intervenant ce qui engendrerait un morcellement trop important et très complexe pour l'enfant autiste.

Les échanges entre tous les intervenants sont alors nécessaires. Ils permettent ainsi aux professionnels de partager leur niveau de compréhension de l'enfant, leurs éventuelles interrogations. Ce partage permet également de généraliser les notions travaillées dans la mesure où chaque professionnel transmet ses connaissances, objectifs et moyens mis en place avec l'enfant. Un orthophoniste ayant mis en place un code de communication par échange d'images par exemple, devra expliquer le fonctionnement de ce moyen de communication

alternatif et augmentatif afin que chacun puisse l'investir avec l'enfant.

La mise en place de cahiers de liaison ou de dossiers informatisés accessibles à l'ensemble de l'équipe permet aux professionnels de communiquer quant aux aspects éducatifs autour de l'enfant. Une correspondance à chaque séance réalisée avec l'enfant permet ainsi d'optimiser la compréhension du travail réalisé et des objectifs visés par chaque professionnel.

Le réseau de prise en charge est généralement constitué par :

- **une équipe médicale** : médecin généraliste, pédopsychiatre, pédiatre, infirmière, aide-soignant
- **une équipe thérapeutique** : orthophoniste, ergothérapeute, psychologue, psychomotricien, kinésithérapeute
- **une équipe éducative** : instituteur, accompagnant des élèves en situation de handicap (AESH), enseignant référent, enseignant spécialisé, éducateur spécialisé.

L'équipe pluridisciplinaire sera constituée selon les besoins de l'enfant avec autisme et également selon son mode d'éducation et de prise en charge : milieu ordinaire, adaptations en milieu ordinaire, institutions spécialisées.

Les prises en charge pluridisciplinaires se doivent donc d'être coordonnées au sein du réseau et s'appuient sur le fonctionnement particulier de l'enfant, l'aménagement de son environnement et prennent en compte les conséquences sur l'entourage familial.

3.3. La prise en charge au cœur de la dynamique familiale

Durant de nombreuses années, les parents étaient exclus de la prise en charge de leur enfant porteur d'autisme. Actuellement, les principaux courants de prise en charge vont dans le sens du partenariat avec la famille. Nous aborderons tout d'abord le rôle que joue la famille dans le développement de l'enfant puis nous expliciterons le partenariat avec les parents puis l'attention portée à la fratrie de l'enfant autiste.

3.3.1. La famille, premier lieu de socialisation

Toutes les sociétés humaines sont caractérisées par des regroupements d'hommes que l'on pourrait assimiler à des structures de base. Dans nos sociétés actuelles, la famille constitue ce noyau social de base. La famille et l'environnement familial constituent le premier environnement social de l'enfant dans lequel celui-ci va se développer, apprendre, s'épanouir. La famille joue un rôle essentiel dans la socialisation de l'enfant. L'enfant se construit et développe sa personnalité en copiant le comportement des personnes qui lui sont proches et

donc, des membres de sa famille. Par la suite, l'enfant interprète librement les rôles qu'il souhaite pour se confronter aux règles imposées par la société. BRIN et al. (2011) considère que par la socialisation, l'enfant intériorise les normes, les valeurs et les codes de son milieu. La socialisation nécessite des compétences communicationnelles afin d'interagir avec les individus composant l'environnement. Comme nous l'avons détaillé précédemment, la communication de l'enfant se développe dès les premiers mois de vie dans le milieu familial. La famille constitue donc le pilier de la communication de l'enfant et lui fournit également les bases pour devenir un être social. Toutefois, l'environnement familial se voit parfois bouleversé par des raisons sociales, économiques, psychologiques ou encore par le handicap. La dimension du handicap peut venir ébranler l'équilibre familial tant au niveau parental qu'au niveau de la fratrie.

3.3.2. Le partenariat avec les parents

Etre parent n'est pas inné, cela s'apprend. Lorsqu'un enfant né porteur d'un handicap, le parent a besoin d'un soutien dès l'annonce du diagnostic. Les professionnels accompagneront l'enfant au cours de son développement et ce, tout au long de sa vie et soutiendront la famille. L'impact de l'autisme sur l'entourage familial met en évidence la nécessité d'un partenariat avec les parents de l'enfant (ELOUARD, 2012).

Ainsi, les professionnels doivent travailler en lien avec les parents dans des objectifs de :

- **Soutenir** : Une étude de 2008 de POIRIER et KOZMINSKI a mis en évidence que les parents ont le besoin d'être rassurés quant à la qualité de vie de leur enfant et au maintien de l'aide apportée par les professionnels au cours de la vie de leur enfant autiste. Le professionnel a donc pour rôle de soutenir les parents, les écouter et les rassurer.
- **Conseiller** : L'étude menée en 2008 fait ressortir le besoin d'informations et de conseils des parents pour comprendre le handicap de leur enfant, décoder ses conduites, pouvoir répondre plus facilement et plus justement à ses besoins. De plus, leur besoin d'informations touche la préservation de l'intégration familiale et sociale. Le rôle du professionnel est alors d'expliquer aux parents le fonctionnement perceptif et cognitif de leur enfant ainsi que les moyens utilisés pour travailler au mieux avec lui.
- **Former** : Dans un souci de généralisation du travail et des apprentissages, la coordination est nécessaire au sein du réseau pluridisciplinaire et auprès des parents.

En effet, les professionnels devront former les parents à l'utilisation des moyens thérapeutiques et éducatifs utilisés.

Ce partenariat sera bénéfique pour la dynamique de travail autour de l'enfant entre tous les intervenants. En outre, les parents de l'enfant avec autisme connaissent bien leur enfant et pourront en retour informer les professionnels des intérêts de leur enfant et de ses progrès. Le partenariat permet ainsi de valoriser les rôles des parents.

De nombreux courants et auteurs vont actuellement dans le sens du partenariat entre professionnels et famille de l'enfant autiste. C'est ainsi que le programme TEACCH élaboré par SCHOPLER encourage la notion de partenariat entre parents et professionnels par le partage d'une connaissance commune de l'autisme. En outre, on assiste bien souvent à des regroupements de parents d'enfants porteurs d'autisme dans des associations qui sont en lien direct avec les professionnels et les structures de soins. Les SESSAD (Service d'Education Spécialisée et de Soins à Domicile) proposent des interventions à domicile pour faire le lien entre les besoins de l'enfant dans ses différents apprentissages.

Le partenariat est un donc un outil relationnel, un outil de communication et de partage de savoirs. Dans ses recommandations de 2012, la Haute Autorité de Santé recommande ce partenariat entre les professionnels et les parents de l'enfant avec autisme et énonce notamment leur co-élaboration dans le projet d'intervention de l'enfant. En outre, elle recommande de porter une attention particulière à la fratrie.

3.3.3. Rétablir la communication au sein de la fratrie

Avoir un frère ou une sœur peut aider la construction de soi et participe ainsi à la construction de son identité. C'est au cœur d'une fratrie que des enfants peuvent apprendre et expérimenter les règles sociales et relationnelles. De plus, toute relation fraternelle est marquée par de nombreux sentiments et ressentis tels que l'amour, l'échange, le partage et l'entraide. Toutefois, une fratrie se voit également marquée par la jalouse, l'envie ou encore la rivalité (COUTELLE, 2007).

Dans le cadre d'une fratrie avec un enfant handicapé, les relations fraternelles sont bouleversées, et les rapports qui s'instaurent sont particuliers. Le vécu des frères ou sœurs de l'enfant handicapé peut être touché par une culpabilité, une volonté de protection. (COUTELLE, 2007).

Dans un roman de 2009, ICART porte un témoignage sur son vécu de petite sœur d'un enfant déficient intellectuel. Elle exprime « *qu'être la sœur d'un [enfant] handicapé, ce n'est pas plus facile que d'en être la mère ou le père. [...] Qu'on s'en prend aussi pour toute la vie. De sa naissance à sa mort. Qu'on passe par tous les états. Mais que l'éventail de sentiments, du pire au meilleur, qu'offre cette fraternité bancale est un véritable don.* »

Une étude de 2007 réalisée par CLAUDON et al. a porté sur quarante-et-un frères et sœurs d'enfants avec autisme âgés de 7 à 10 ans. Les enfants devaient dessiner leur famille. Dix-neuf enfants n'ont pas dessiné leur frère ou sœur avec autisme invoquant un oubli. Les auteurs de l'étude énoncent que le fait d'avoir un frère ou une sœur autiste entraîne une fragilité de la représentation de soi ainsi qu'une auto-dévalorisation.

Ainsi, la Haute Autorité de Santé recommandait en 2012 de porter une attention particulière aux « *manifestations de souffrance et aux sollicitations de soutien exprimées par la fratrie* ». C'est ainsi que certains professionnels peuvent proposer des soutiens psychologiques individuels, des groupes de parole, ou encore l'organisation d'activités conjointes avec la fratrie.

WINNICOTT énonçait en 1975 que le jeu est essentiel dans le développement de l'enfant et que jouer est une « *expérience créative [...] qui se situe dans le continuum espace-temps* ». WINNICOTT place le jeu et la créativité dans la « *zone intermédiaire d'expériences* » entre l'extérieur et soi. Par le jeu, l'enfant agit sur des situations du quotidien, il manipule, se construit des représentations. Le jeu permet à l'enfant d'appivoiser et de mieux comprendre le monde qui l'entoure. Le jeu avec un pair favorise l'échange et la socialisation. L'enfant crée, transforme et agit sur son environnement. Le jeu se développe très naturellement chez l'enfant. A partir d'un an, le bébé interagit aussi souvent avec ses frères et sœurs qu'avec sa mère (SCELLES, 2003). La qualité et la quantité des interactions au sein de la fratrie augmentent par la suite. La diversité des jeux et des expériences réalisées engendre le développement d'habiletés communicationnelles et sociales.

En 2008, un mémoire d'orthophonie de GRILLEAU a porté sur la communication avec un frère ou une sœur autiste et a notamment abordé le jeu au sein des fratries. Ce travail a mis en évidence que la fratrie constitue pour les enfants un espace de jeux et de communication. GRILLEAU a mis en évidence que dans le cadre d'une fratrie dont un enfant est autiste, ses frères et sœurs mettent en place des adaptations pour communiquer avec leur frère ou sœur autiste. Cette communication adaptée a principalement lieu dans des situations de jeux : le

frère ou la sœur vont ainsi avoir recours à la répétition, aux explications détaillées et va se rendre très disponible auprès de son frère ou de sa sœur autiste. En outre, grâce à des entretiens, l'étude a montré que les enfants ayant participé aux séances d'orthophonie de leur frère ou sœur avec autisme exprimaient leur intérêt et reproduisaient ce qu'ils avaient vu faire par l'orthophoniste.

A partir de ce postulat, il nous paraît très intéressant de lier les recherches sur la fratrie avec le travail d'imitation chez l'enfant autiste. C'est alors ainsi que nous proposons d'étudier l'impact de la mise en place d'un atelier de communication axé sur l'imitation au sein d'une fratrie.

4. Hypothèses théoriques

A partir de notre recherche bibliographique et de nos mises en lien, nous proposons d'étudier l'impact d'un travail de la communication axé sur l'imitation au sein d'une fratrie dont l'un des enfants est autiste non-verbal. Ce travail sera mis en place dans le cadre de ce que nous avons nommé : les ateliers de communication. Notre travail de recherche des données actuelles sur l'autisme, la communication, l'imitation et la prise en charge en lien avec la famille nous a amenée à émettre quatre hypothèses. Par notre travail pratique auprès d'un enfant autiste non-verbal et des membres de sa fratrie, nous confirmerons ou infirmerons ces hypothèses.

- Un travail ciblé sur les pré-requis de la communication en lien étroit avec l'imitation favoriserait les compétences communicationnelles de l'enfant autiste.
- Les ateliers de communication axés sur l'imitation favoriseraient les compétences en imitation de l'enfant autiste.
- Les compétences acquises lors des ateliers permettraient de favoriser la communication et les interactions sociales de l'enfant autiste dans sa fratrie.
- Les compétences acquises lors des ateliers favoriseraient la communication et les interactions sociales de l'enfant autiste au sein de sa famille.

MÉTHODOLOGIE

1. Présentation du cas unique

1.1. Critères d'inclusion et d'exclusion

Notre étude porte sur un cas unique le petit A., enfant de cinq ans. Cet enfant a été diagnostiqué autiste et est actuellement non-verbal. La recherche de notre population a été ardue car plusieurs critères d'inclusion et d'exclusion limitaient la population pouvant participer à notre étude. Les critères suivant nous ont permis de déterminer le cas choisi :

	Enfant autiste	Membres de la fratrie
Critères d'inclusion	<ul style="list-style-type: none">- Enfant diagnostiqué autiste- Enfant d'âge scolaire ou préscolaire- Enfant ayant des compétences émergentes permettant d'établir un travail basé sur les pré-requis de la communication et notamment sur l'imitation- Enfant ayant au moins un membre de sa fratrie neurotypique d'âge scolaire ou préscolaire (entre 3 et 9 ans).	<ul style="list-style-type: none">- Enfant vivant dans le même cadre de vie que l'enfant autiste- Enfant d'âge scolaire ou préscolaire (entre 3 et 9 ans)
Critères d'exclusion	<ul style="list-style-type: none">- Enfant présentant des troubles associés	<ul style="list-style-type: none">- Enfant présentant des troubles

1.2. Présentation du petit A

1.2.1. Etude de cas unique

Notre étude porte sur un cas unique car il nous a semblé intéressant et très formateur cliniquement de nous adapter à un enfant et de réaliser un travail approfondi et intensif avec lui. Cela nous a permis de mettre en place un travail spécifique basé sur les compétences émergentes de l'enfant et sur ses capacités. De plus, nous avons pu travailler au sein de la dynamique thérapeutique de l'enfant en échangeant avec ses différents intervenants et en assistant à des séances de travail.

1.2.2. Données anamnestiques

Nous avons rencontré le petit A. alors âgé de cinq ans et un mois lors d'une séance avec Camille M., sa psychologue.

A est né quatre semaines avant le terme, a connu un retard dans son développement moteur et communicationnel. Ses difficultés ont fait l'objet de nombreuses consultations. Il a été diagnostiqué autiste par le CRA de Nancy à l'âge de deux ans et demi.

Suivi tout d'abord en CMP jusqu'à ses trois ans, il bénéficie aujourd'hui d'un suivi à domicile souhaité par les parents.

A. est scolarisé en grande section de maternelle cinq matinées par semaine et bénéficie d'un AESH, accompagnant des élèves en situation de handicap. Il bénéficie d'un suivi pluridisciplinaire tous les après-midis. Il est suivi en ergothérapie, en psychomotricité, en orthophonie et bénéficie également de séances d'équithérapie auxquelles il prend grand plaisir à participer.

A. a deux grandes sœurs :

- C. âgée de 9 ans est l'aînée de la fratrie. C'est une jeune fille très sérieuse et appliquée qui aime jouer à la maîtresse avec M. sa cadette en entretenant le rôle de l'enseignant. Elle est scolarisée en CM1.
- M. est âgée de 7 ans et ne présente que 18 mois d'écart avec A., elle entretient un rapport de jeu avec le petit A., son cadet. Elle est très imaginative et aime beaucoup inventer des histoires. Elle est scolarisée en CE1.

2. Outils méthodologiques

2.1. Bilan initial

Notre travail a tout d'abord débuté par une phase d'évaluation initiale que nous avons menée à l'aide de trois outils nous permettant de recueillir des données qualitatives et quantitatives. Comme nous l'avons vu précédemment, aucun autisme ne ressemble à un autre. La phase d'évaluation de l'enfant autiste non-verbal est alors essentielle puisqu'elle consiste à établir un profil des capacités et des moyens de communication de l'enfant. L'évaluation permet également de situer le niveau de développement de l'enfant dans les domaines précurseurs de la communication.

2.1.1. Echelle de Communication Sociale Précoce

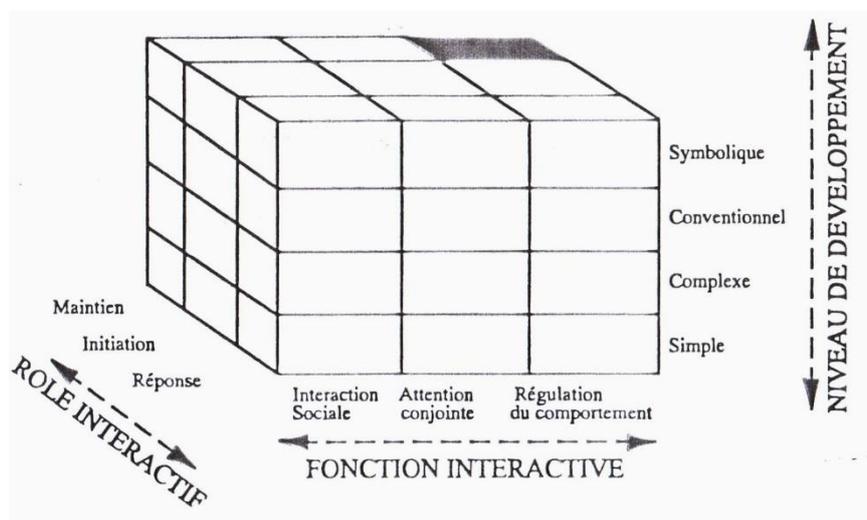
2.1.1.1. Cadre théorique et composition de l'ECSP

L'ECSP (GUIDETTI et TOURRETTE, 1993) est un outil d'évaluation préconisé pour l'évaluation des enfants autistes par la Haute Autorité de Santé.

Cette échelle standardisée est applicable aux enfants de zéro à trente mois et met en évidence les compétences communicationnelles de base. L'échelle comporte quatre niveaux de développement correspondant aux stades sensorimoteurs de zéro à trente mois développés par PIAGET. Cet outil est utilisable chez les enfants autistes qui ne produisent pas de phrases de plus de deux à trois mots.

Il nous a ainsi semblé intéressant d'utiliser cette échelle auprès de A. pour établir un niveau de développement de ses compétences communicationnelles. Cet outil examine en effet les fonctions communicatives que sont : l'interaction sociale, l'attention conjointe et la régulation du comportement. Ces compétences développées par WETHERBY et PRUTTING (1984) ont été détaillées précédemment.

Dans chaque fonction communicative, l'ECSP prévoit l'évaluation de trois rôles différents et complémentaires de l'enfant : l'initiation du comportement, sa réponse ou son maintien.



L'analyse des conduites de l'enfant va permettre d'établir un profil de développement selon quatre niveaux de développement :

- Niveau 1, niveau simple jusqu'à 6 mois inclus : il marque l'apparition d'actions simples, non différenciées et le début de l'activité intentionnelle de l'enfant en interactions avec autrui. On note alors l'apparition des sourires, l'intérêt pour les autres, l'apparition des vocalisations et des gestes pour exprimer son désir de répéter des jeux sociaux.
- Niveau 2, niveau complexe jusqu'à 6 mois inclus : on y constate l'apparition d'actions complexes et différenciées. L'enfant peut participer à des jeux sociaux en différenciant les personnes. Néanmoins, il ne coordonne pas ses actions avec les objets et avec autrui.
- Niveau 3, niveau conventionnel :

- Le niveau conventionnel gestuel correspond à l'apprentissage des conventions communicatives gestuelles et vocales de l'enfant. Il comprend comment utiliser les objets pour attirer l'attention de l'autre ou utiliser autrui pour obtenir quelque chose. Ce stade s'étend de 7 à 16 mois.
- Le niveau conventionnel verbal correspond quant à lui à l'utilisation de mots simples par l'enfant et donc à un progrès verbal dans les compétences interactives de l'enfant. Le niveau conventionnel verbal s'étend de 17 à 24 mois.
- Niveau 4, niveau symbolique de 25 à 30 mois : il résulte de l'apparition de la fonction symbolique qui marque un progrès important dans l'évolution des capacités communicatives de l'enfant.

L'utilisation de cet outil chez l'enfant autiste est intéressante dans la mesure où elle permet d'identifier et d'objectiver les déficits et les dysfonctionnements du langage et de la communication ainsi que les compétences de l'enfant. Elle permet ainsi de mettre en place un projet et de suivre le développement et l'évolution de l'enfant grâce à plusieurs périodes d'évaluation. L'utilisation de cette échelle avec A. permettra alors de mettre en évidence ses capacités et ses déficits qu'il faudra évaluer plus finement pour mettre en place un projet de prise en charge.

2.1.1.2. Passation de l'ECSP

La passation de l'ECSP se fera au domicile de A. dans la salle où ont lieu les prises en charge des différents intervenants qui travaillent avec A. à domicile. Des conditions de passation ont été mises en place par les auteurs qui proposent une salle d'examen sobrement décorée, discrètement éclairée et silencieuse pour éviter trop de distractions pour l'enfant. De plus, l'examineur doit rassurer l'enfant pour qu'il se sente en sécurité. Il est également important de proposer les activités à l'enfant lorsqu'il est calme et intéressé et de l'amener progressivement à un état de disponibilité. La passation de l'ECSP se compose de 23 situations permettant d'évaluer les fonctions et rôles interactifs détaillés précédemment. Le matériel utilisé avec l'enfant est varié et comporte : des objets sociaux, des jouets dont certains jouets mécaniques, des livres d'images et d'objets divers.

2.1.2. Grilles d'évaluation des pré-requis de la communication et de l'imitation

L'évaluation à l'aide de l'ECSP nous ayant permis d'évaluer les compétences communicatives

de base, il nous a semblé essentiel de réaliser une évaluation complémentaire afin d'observer plus en détails les compétences de A. Nous avons ainsi élaboré une grille d'évaluation des pré-requis de la communication et plus particulièrement de l'imitation.

2.1.2.1. Évaluation des pré-requis de la communication

2.1.2.1.1. Composition de la grille des pré-requis de la communication

Il existe de nombreux outils d'évaluation de la communication non-verbale pour enfants tout-venant ou spécifiques aux enfants suspectés ou diagnostiqués autistes. Afin de réaliser un outil qui soit ajusté à notre étude de cas unique, nous avons élaboré notre propre grille des pré-requis de la communication à l'aide de l'outil Dialogoris (voir annexe 3). Cette grille est composée des compétences nécessaires à la mise en place d'une communication. Nous l'avons adaptée selon le profil de A. et notre objet d'étude. Elle se compose :

- Des compétences socles de la communication : poursuite visuelle, coordination oculo-manuelle, attention conjointe, attention et orientation aux bruits environnants, utilisation de gestes à visée communicative, pointage, tour de rôle et échange.
- Des compétences en communication non-verbale : demandes non-verbales, utilisation de la mimique.
- Des compétences en communication verbale : sonorisation de l'enfant (nature et variété des productions).

Notre recueil consistera à noter l'absence, la présence et la répétition des occurrences dans les différentes activités proposées. Ainsi, nous avons mis en place une échelle de 0 à 4 appliquée sur la mise en place d'une activité au cours de l'évaluation.

0. pas de réalisation de la capacité
1. capacité faible
2. capacité répétée lors de l'activité
3. capacité observée de façon stable lors de l'activité

2.1.2.1.2. Passation de l'épreuve

La passation consiste à utiliser du matériel ludique, varié et à observer le comportement de l'enfant avec le matériel proposé et avec l'adulte présent lors de la passation.

Matériel utilisé lors de l'évaluation : ballons, bulles, peluches, miroir, hochets, maracas, xylophone, marionnettes, foulard, livres, livres manipulables, marionnettes, cubes à encastrement, balles molles, bouteilles vides, cubes, voitures, objets sociaux (téléphone,

chapeau, cuillère).

La passation consiste alors à proposer ce matériel à l'enfant, observer ses actions et proposer des variations en initiant un jeu avec lui.

2.1.2.2. Évaluation des compétences en imitation

2.1.2.2.1. Composition de la grille des compétences en imitation

Les ateliers mis en place au sein de la fratrie seront axés sur les compétences imitatives. Au préalable, nous évaluons alors les capacités imitatives de A. Notre recueil des compétences en imitation a été réalisé à l'aide de la grille proposée par NADEL. Cette évaluation porte sur l'observation des conduites de l'enfant en imitation spontanée, en reconnaissance d'être imité et en imitation provoquée.

Pour chaque item de la grille de l'imitation spontanée et provoquée, est attribuée une note de 0 à 3 :

- 0 : l'enfant ne manifeste pas d'intérêt pour l'objet
- 1 : on parle d'émergence lorsque l'enfant manifeste un intérêt pour l'objet : regard, mouvements vers l'objet, amorce de mouvement
- 2 : imitation partielle : utilisation de la partie du corps concernée, imitation impliquant une autre partie du corps, imitation sur un autre objet, tentative non aboutie
- 3 : imitation réussie

Nous attribuons également trois points lors de la passation des items évaluant la reconnaissance d'être imité :

- 0 : aucune manifestation de l'enfant
- 1 : émergence se manifestant par le regard de l'enfant, un sourire, une approche vers l'expérimentateur
- 2 : l'enfant teste l'imitateur
- 3 : l'enfant teste l'imitateur avec tour de rôle

L'utilisation de cet outil nous permet d'avoir des informations sur les capacités imitatives de A. selon le type d'action imitée et le type d'imitation. Cette évaluation nous donnera les moyens de mettre en place un plan de travail de l'imitation. Selon NADEL (2011), ce « *plan de travail à la carte* » est adapté aux capacités particulières de l'enfant. C'est l'évaluation permise par cet outil qui donne les moyens au thérapeute de mettre en place un travail spécifique et adapté aux capacités de l'enfant.

2.1.2.2. Passation de l'épreuve

Notre évaluation consiste en la proposition de matériel permettant un jeu libre avec l'enfant ainsi qu'un jeu dirigé.

NADEL recommande de réaliser la passation dans une pièce calme et meublée. Les objets présents dans la pièce sont en double exemplaire : parapluies, verres, ballons gonflables, lunettes de soleil, bouteilles en plastique, téléphones portables en plastique, chapeaux, flûtes, trousse avec une fermeture éclair et une gomme à l'intérieur, rubans rouges collés au sol, peluches. La passation doit débuter par l'évaluation de l'imitation spontanée, puis de la reconnaissance d'être imité et enfin par l'évaluation de l'imitation provoquée avec l'énonciation de la consigne orale « fais comme moi ». Les items proposés peuvent être choisis selon les intérêts de l'enfant.

L'utilisation de ces différents outils d'évaluation permet de dessiner un profil des capacités de l'enfant et ainsi d'orienter la mise en place des ateliers de communication proposés dans le cadre de notre étude.

2.1.3. Le questionnaire, évaluation de la communication et des interactions sociales

Début décembre 2015, nous avons réalisé un entretien anamnestique (voir annexe 2) à la fois général et ciblé auprès de la maman du petit A. A l'issue de cet entretien, nous avons élaboré un questionnaire (voir annexe 5) nous permettant d'évaluer les rapports communicationnels et interactionnels qu'entretient le petit A. avec autrui dans son environnement quotidien.

Le questionnaire a été élaboré à l'aide du questionnaire des fonctions de communication de PRUDHON HAVARD (2009) et de l'ouvrage « *l'enfant autiste, stratégies d'intervention psychoéducatives* » de MINEAU (2013).

La cotation est réalisée sur une échelle de 0 à 4 :

0. Jamais 1. Parfois 2. Souvent 3. Très souvent 4. Toujours.

Cet outil qualitatif est quantifié selon la fréquence des comportements interactionnels et communicationnels. Il nous permet de recueillir les conduites de A. dans son milieu familial et scolaire. Ainsi, ce questionnaire étudie la communication et les interactions sociales du petit A. avec ses parents, les membres de sa fratrie et les enfants de sa classe de grande section de maternelle. Il sera repris à la fin des vingt séances afin d'évaluer un éventuel impact de notre travail sur la communication et les interactions sociales de A. avec ses pairs et les membres de sa famille.

2.2. Ateliers de communication

2.2.1. Protocole des séances

A la suite de notre évaluation du petit A., nous avons proposé la mise en place de ce que nous avons nommé : les ateliers de communication. Ces ateliers sont mis en place à raison de deux séances hebdomadaires et durent quarante-cinq minutes. Chaque séance a lieu auprès d'un binôme composé de A. et d'une de ses grandes sœurs. Au cours de ces séances sont travaillés les différents pré-requis de la communication puis les compétences imitatives de l'enfant.

Notre travail est effectué graduellement en suivant quatre modules :

Module de séances	Objectifs
Module 1 : séances 1 à 9	Mise en place du lien entre l'adulte et les enfants et d'une routine des ateliers de communication. Renforcement des pré-requis de la communication et induction de l'imitation.
Module 2 : séance 10	Séance de transition auprès des trois enfants de la fratrie : séance faisant intervenir les pré-requis de la communication ainsi que les compétences en imitation. Thème abordé dans la fratrie : l'autisme.
Module 3 : séances 11 à 19	Séances principalement axées sur l'imitation dans le binôme pour favoriser son renforcement et l'entraînement des pré-requis de la communication.
Module 4 : séance 20	Dernière séance mise en place au sein de la fratrie, synthèse du travail mis en place. Thème abordé dans la fratrie : le jeu.

Travaillant avec de jeunes enfants dont un enfant autiste, il est évident que ce protocole devra être adapté en fonction des séances, de la disponibilité de A. et de ses sœurs, de leur fatigabilité et de l'investissement qu'ils porteront aux activités proposées.

2.2.2. Le travail en lien avec les autres intervenants

Le petit A. bénéficie d'un suivi pluridisciplinaire dans lequel nous nous sommes inscrite. Il est ainsi essentiel que notre travail se base sur les principes et moyens mis en place au sein de l'équipe pluridisciplinaire.

- **Les contrats de jetons et les renforçateurs**

Nous avons travaillé avec la mise en place des contrats de jetons. La mise en place de la plaquette de jetons a été faite auprès de A. par sa psychologue. Cet outil consiste à déposer un jeton sur une plaquette lorsque l'enfant réussit une tâche. Lorsque la plaquette est remplie, elle est échangée contre un temps de « cadeau ». L'enfant choisit un objet ou une situation de jeu que l'on nomme « renforçateur » et qui suit une période de travail et d'apprentissage.

La plaquette de jetons est régie par dix principes :

- la plaquette doit toujours être visible pendant le travail et l'enfant doit toujours regarder le jeton « gagné » qui est ajouté
- l'accès aux jetons est interdit à l'enfant
- ne jamais retirer un jeton donné
- ne pas parler directement du jeton, il faut que petit à petit l'enfant se détache de l'utilisation de la plaquette
- donner un jeton dès que la tâche est réussie, pas de temps de latence
- adapter la « valeur » du jeton et le nombre de tâches qui détermine l'acquisition d'un jeton
- une plaquette commencée doit toujours être terminée
- les premiers jetons sont obtenus pour des tâches réalisées faciles et peu coûteuses pour l'enfant, la fin de la plaquette est remplie lors d'activités complexes qui constituent des apprentissages nouveaux pour l'enfant
- toujours féliciter l'enfant, le faire lorsque l'on pose le jeton et varier les félicitations verbales
- le renforçateur obtenu en fin de plaquette est changeable.

La plaquette de jetons est généralisée et utilisée par la plupart des intervenants de A. Il était alors nécessaire que nous participions activement à son utilisation dans un souci de généralisation des outils.

- **L'utilisation du PECS**

Le PECS, picture exchange communication system est un outil élaboré en 1985. Ce système de communication augmentatif et alternatif est basé sur les principes de l'analyse appliquée du comportement (approche ABA) et sur les travaux de SKINNER « *Verbal Behavior* ». Ce système permet à l'enfant d'exprimer ses besoins, ses sentiments, de partager ses découvertes par l'utilisation d'images. Le PECS a été mis en place par l'orthophoniste de A. et certaines images utilisées de manière fonctionnelle par A. sont reprises à domicile dans une volonté de généralisation. Ainsi, nous avons été amenée à utiliser ces images avec A. lors de nos séances.

- **L'utilisation du cahier de liaison**

Dans un souci de coordination et de communication entre les intervenants, un cahier de liaison est mis en place entre tous les intervenants de A. Il permet de faire le lien facilement entre le travail de chacun, d'échanger sur le contenu du travail réalisé avec A., sur ses capacités et sur les compétences à travailler. Nous avons ainsi utilisé le cahier de liaison afin

d'informer les autres professionnels sur notre travail et son avancée.

- **Échange avec les différents intervenants**

Afin d'être pleinement intégrée dans la dynamique de l'intervention de A. nous avons voulu mettre en place une réunion pluridisciplinaire. Cette réunion nous a permis d'échanger sur les objectifs généraux de la prise en charge de A. ainsi que sur les objectifs propres à chaque domaine de son développement. Cette réunion n'ayant pas pu réunir tous les professionnels, nous avons contacté les différents intervenants de A. et avons pu ainsi assister à des séances thérapeutiques ainsi qu'à deux matinées de scolarisation. Suivre les intervenants de A. nous a permis de voir les différents cadres de travail et d'échanger avec les intervenants sur leurs objectifs de travail et leurs moyens.

2.3. Bilan final

Notre évaluation finale nous permettra de faire un bilan sur les acquisitions de A. au cours des trois mois de mise en place des ateliers. Afin d'objectiver et de quantifier ses éventuelles acquisitions et évolutions, nous avons repris les mêmes outils que pour le bilan initial. L'ECSP n'a pas été réutilisé afin d'éviter un effet test-retest qui n'aurait pas été pertinent. De plus, l'obtention d'un âge développemental de l'enfant n'aurait pas été nécessaire à quatre mois d'écart de la passation initiale. Nos observations se feront donc à l'aide des autres outils utilisés dans le bilan initial.

2.3.1. Grilles d'évaluation des pré-requis de la communication et de l'imitation

Notre bilan final se compose d'une observation des capacités communicationnelles de A. ainsi que d'une analyse de ses capacités imitatives.

2.3.1.1. Grille des compétences communicationnelles

L'évaluation consiste à proposer du matériel varié à A. et à observer ses demandes, ses actions et à les analyser selon la grille d'analyse réalisée pour le bilan initial. Nos observations qualitatives seront quantifiées afin de les comparer aux observations faites initialement. Cette comparaison permettra alors d'objectiver une éventuelle évolution des compétences communicationnelles de A.

2.3.1.2. Grille des compétences en imitation

A partir du matériel proposé, nous avons également analysé les capacités imitatives de A. selon les trois modalités développées par NADEL : l'imitation spontanée, la reconnaissance d'être imité et l'imitation provoquée. Nos observations seront mises en lien avec nos observations initiales nous permettant alors de les comparer afin d'objectiver une éventuelle évolution des capacités imitatives de A.

2.3.2. Le questionnaire, évaluation de la communication et des interactions sociales

A l'issue des vingt séances, le questionnaire évaluant la communication et les interactions sociales est à nouveau complété par les parents de A. et ses intervenants en milieu scolaire afin d'évaluer un éventuel impact de notre travail sur la communication et les interactions sociales de A. avec ses pairs et les membres de sa famille. Au questionnaire initial est ajouté une série d'items portant sur le ressenti des ateliers de communication par les sœurs de A. qui ont activement participé aux ateliers durant trois mois. Ces items évaluent l'impact des ateliers de communication sur leurs relations et les rapports qu'elles entretiennent avec A.

Pour faciliter l'évaluation auprès des enfants, nous avons utilisé des étiquettes pour représenter :

- le oui/non
- 1. oui un peu, symbolisé par un bonhomme vert clair souriant légèrement
- 2. oui très !, symbolisé par un bonhomme vert souriant
- 3. oui beaucoup !, symbolisé par un bonhomme vert souriant beaucoup

3. Mode de traitement des données

3.1. Utilisation d'une caméra

Chaque rencontre avec le petit A. a été filmée afin de faciliter le recueil des données obtenues en séance. L'utilisation d'une caméra a été soumise à l'autorisation signée des parents. Filmer les passations des protocoles d'évaluation et des séances permet une cotation plus fiable des comportements et des conduites de l'enfant par la suite.

3.2. Les tableaux d'observation

Nous avons mis en place une analyse détaillée de l'évolution du petit A. lors des ateliers puis nous avons analysé comparativement l'évaluation initiale et l'évaluation finale.

- Le recueil des données de l'évaluation a été détaillé précédemment.
- Chaque atelier de communication a fait l'objet d'objectifs précis et d'un travail progressif et structuré. Dans un souci de suivi et d'analyse de notre travail, il nous a paru plus aisé de mettre en place des tableaux d'observation des séances recensant les compétences à travailler et à favoriser chez le petit A ainsi que les conduites observées en cours de séance avec A. et ses sœurs.

4. Précautions méthodologiques

Dans notre travail auprès de A. nous envisageons plusieurs particularités auxquelles nous pouvons être confrontée. Il nous semble essentiel d'avoir conscience de ces particularités afin d'éviter tout biais d'interprétation lors de l'analyse de nos résultats.

• **Disponibilité de la population** : Les vingt séances ayant eu lieu au cœur de l'année scolaire de A. et de ses sœurs, leurs disponibilités cognitive et attentionnelle seront variables au cours des semaines et selon l'heure de la séance dans la journée.

• **Travail pluridisciplinaire de l'enfant autiste** : A. se situant au cœur d'une prise en charge pluridisciplinaire, nous ne pourrions interpréter des résultats encourageants seulement à notre travail.

• **Singularité du protocole expérimental** : Le protocole de travail mis en place pour A. a été adapté pour cet enfant et ne constitue en rien une manière stricte de travailler les compétences auprès d'un enfant autiste. Chaque enfant autiste étant très différent, il est essentiel d'adapter les activités mises en place.

• **Traitement des données et interprétation** : Notre étude portant sur une étude de cas auprès d'un enfant autiste, nous ne pourrions mettre en place des généralisations sur une population d'enfants correspondant aux mêmes critères d'inclusion et d'exclusion que A.

5. Hypothèses opérationnelles

La mise en place de nos outils méthodologiques permettra de valider ou non nos hypothèses théoriques.

- **Un travail ciblé sur les pré-requis de la communication en lien étroit avec l'imitation favoriserait les compétences communicationnelles de l'enfant autiste.** Pour valider cette hypothèse, nous considérons que les résultats obtenus à notre grille de communication aient augmenté et que les améliorations aient été constatées par l'équipe pluridisciplinaire de l'enfant.
- **Les ateliers de communication axés sur l'imitation favoriseraient les compétences en imitation de l'enfant autiste.** Pour valider cette hypothèse, nous considérons que les résultats obtenus à la grille d'imitation proposée par NADEL (2011) aient augmenté et que l'évolution de l'enfant ait été constatée par les professionnels travaillant les compétences en imitation.
- **Les compétences acquises lors des ateliers permettraient de favoriser la communication et les interactions sociales de l'enfant autiste dans sa fratrie.** Pour valider cette hypothèse, nous considérons qu'il faille observer le renforcement des interactions dans la fratrie lors de nos séances ainsi que dans le quotidien familial. Ce renforcement sera interprété par une augmentation des résultats obtenus aux items abordant la fratrie dans le questionnaire de communication et d'interactions sociales.
- **Les compétences acquises lors des ateliers favoriseraient la communication et les interactions sociales de l'enfant autiste au sein de sa famille.** Pour valider cette hypothèse, nous considérons que le score obtenu aux items correspondant dans le questionnaire ait augmenté.

ANALYSES ET RÉSULTATS

1. Analyse des données

Nous rencontrons le petit A. pour la première fois en novembre 2015 lors d'une séance avec sa psychologue. Assister à plusieurs séances avec A. nous a permis de nous familiariser avec l'enfant et d'entrer dans son quotidien.

1.1. Bilan initial

Notre travail a débuté par une phase d'évaluation de A. portant sur ses compétences communicationnelles, ses capacités concernant les pré-requis de la communication, ses capacités d'imitation et sur ses interactions sociales au quotidien.

1.1.1. ECSP : Évaluation initiale des compétences communicationnelles

L'Echelle de Communication Sociale Précoce nous a permis d'évaluer les compétences communicationnelles de A. au niveau des interactions, de l'attention conjointe et de ses capacités de modification d'un comportement.

Lors de la passation, nous voyons le petit A. pour la troisième fois. Il est alors âgé de 5 ans et 1 mois. A partir de notre passation de l'ECSP, nous avons réalisé une analyse qualitative des comportements de A.

– Les capacités à interagir :

En ce qui concerne la réponse aux interactions, on note que A. réagit plus ou moins à nos initiatives et ce, selon la modalité sensorielle utilisée. En effet, A. est très sensible et réactif aux sollicitations physiques alors qu'il ne réagit pas aux sollicitations par le canal auditif (chansonnette ou appel du prénom). Quant aux rituels sociaux d'accueil et de départ, il ne réagit pas adéquatement lors de la passation. Toutefois, lorsque nous nous présentons au domicile, A. se rend toujours vers nous de lui-même et nous fait un bisou sur demande de sa maman.

L'initiative à interagir de A. est déficitaire. Il est capable de chercher l'adulte lorsqu'il a une demande particulière (faire des bulles, boire son lait) mais on ne note ni regard, ni sourire lors de ces situations.

La capacité de A. à maintenir les interactions est dépendante de l'aptitude du partenaire à s'ajuster à ses particularités. Les interactions physiques telles que les « chatouilles » ou encore le jeu sensoriel en chanson sont particulièrement demandées : A. s'approche, rit et tend les bras pour recevoir à nouveaux les stimuli physiques.

– **Les capacités d'attention conjointe :**

La capacité à répondre à l'attention conjointe semble encore peu installée chez A. Lorsqu'on lui présente un objet, il oriente son regard sur celui-ci et tente de saisir l'objet sans regarder l'adulte. Il réagit aux gestes d'indication gestuelle lorsque l'on cherche à attirer son attention sur un élément de la pièce. On note toutefois que l'orientation de son regard et de son corps n'est pas encore très précise. En outre, il ne réagit pas au pointage sur des éléments précis dans un livre d'image.

L'initiative à l'attention conjointe n'est jamais observée. Elle consiste par exemple en l'invitation de l'enfant à partager des jouets, à participer à la réalisation d'actions, à observer ou écouter une découverte intéressante pour lui.

Tout comme le maintien des interactions sociales, le maintien de l'attention conjointe avec A. est très dépendant de l'activité en cours et de nos capacités d'adaptation à ses centres d'intérêts et à ses particularités. Nous observons que A. est attentif à chaque objet présenté successivement lors de la réalisation d'un item. De par nos observations complémentaires de l'enfant à domicile lors de nos arrivées, nous notons que A. prête assez durablement attention aux objets et aux personnes qui l'entourent bien que cette attention soit encore très discrète et fragile.

– **Les capacités de modification d'un comportement :**

L'aptitude à modifier son propre comportement à la demande d'autrui semble peu apparente lors de la passation de notre épreuve. A. ne répond pas à l'appel de son prénom, il n'interrompt pas son action suite à l'émission du « non » de notre part, il ne nous repousse pas et ne proteste pas lorsque nous lui retirons un objet avec lequel il jouait. A. nous semble très passif lors de la passation de l'épreuve et très peu dans l'opposition malgré la longueur de la passation et l'enchaînement des activités proposées. Toutefois, il répond à l'ordre simple « donne-moi » lorsque nous l'associons au geste de la main ouverte.

De même que la modification du comportement, l'initiative à modifier le comportement d'autrui est très peu observée. On note toutefois que A. « instrumentalise » l'adulte pour répondre à ses propres besoins lorsqu'il recherche des stimulations physiques comme les chatouilles ou lorsqu'il veut boire son lait à l'issue de chaque séance et qu'il se rend vers autrui pour l'amener à la cuisine.

→ Le profil développemental de A. est très hétérogène et ses niveaux de capacité correspondent au niveau simple et complexe et tendent vers le niveau conventionnel gestuel.

Son niveau d'interactions sociales est le plus élevé des trois fonctions de communication observées. Il peut participer aux jeux sociaux selon la modalité sensorielle utilisée bien qu'il ne considère pas encore l'adulte comme partenaire de jeu. Son niveau d'attention conjointe est encore faible, on note peu d'initiative, de réponse et de maintien des épisodes d'attention. Toutefois les capacités semblent émergentes et sont à renforcer. Le travail de l'imitation tend à favoriser et renforcer l'attention conjointe si elle est déficitaire. Enfin, la capacité de A. à modifier son comportement en réponse à autrui ou à son initiative est très faible. Notre évaluation complémentaire à l'aide de la grille des pré-requis de la communication et de l'imitation a permis d'effectuer une analyse plus fine à partir des éléments observés avec l'ECSP.

1.1.2. Grilles d'évaluation des pré-requis de la communication et de l'imitation

1.1.2.1. Grille d'évaluation des pré-requis de la communication

Nous avons élaboré une grille d'évaluation des pré-requis à partir de Dialogoris et l'avons adaptée selon les compétences de A. observées lors de la passation de l'ECSP. Notre passation a consisté à proposer du matériel varié à A., à observer ses comportements avec les objets proposés, à interagir avec lui lorsqu'il initie un jeu avec l'objet. Pour chaque activité proposée à l'enfant, nous avons rempli cette grille et avons reporté la moyenne des résultats de l'enfant lors des activités.

Notre recueil consiste à noter l'absence, la présence et la répétition des occurrences dans les différentes activités proposées :

- 0. pas de réalisation de la capacité
- 1. capacité faible
- 2. capacité répétée lors de l'activité
- 3. capacité observée de façon stable lors de l'activité

Pré-requis de la communication	0	1	2	3
Les compétences socles				
Poursuite visuelle		X		
Coordination oculo-manuelle		X		
Attention conjointe		X		
Attention et orientation aux bruits environnants		X		
Utilisation de gestes à visée communicative	X			
Pointage	X			
Tour de rôle et échange	X			

Communication non-verbale				
Demandes non-verbales		X		
Utilisation de la mimique		X		
Communication verbale				
Productions sonores		X		
Total = 7 sur 30				

• **Les compétences socles** : Nous observons que A. réalise des poursuites visuelles selon les objets et l'intérêt qu'il leur porte. Toutefois, il ne maintient pas longtemps le regard. De même, la coordination oculo-manuelle est peu réalisée. Lors d'activités d'encastrement, celui-ci se fie principalement aux informations sensorielles tactiles pour réussir les encastresments. Les épisodes d'attention conjointe dépendent de l'intérêt que A. porte à l'activité. Nous remarquons qu'il semble très intéressé par un « livre-doudou » dans lequel, il y a différents éléments intéressants au toucher, faisant du bruit, des éléments à décrocher et à replacer. Lors de l'activité sur le livre-doudou A. fixe son attention, ce qui n'est pas le cas lors de la présentation d'un album jeunesse plus classique. Lors de l'utilisation de jouets sonores ou lors de l'appel de son prénom, les réactions aux bruits sont variables chez A. L'utilisation de gestes à visée communicative est très peu observée lors de la passation, toutefois, lors d'une activité de comptine gestuelle et tactile, A. se lève, vient vers nous et tend les bras pour se faire porter. Nous observons donc certains élans à l'interaction selon les intérêts de A. Lors de la passation, nous n'observons pas de pointage et pas de tour de rôle dans les activités proposées.

• **La communication non-verbale** : Comme nous l'avons évoqué précédemment, A. va vers l'adulte lorsqu'il est en demande (se faire porter, avoir les bulles). Les demandes de A. sont tournées selon ses intérêts. Nous observons que les mimiques de A. sont peu variées. Celui-ci présente une expression faciale stable lors des activités. Il rit et manifeste la joie et le plaisir lors des activités qui lui plaisent particulièrement.

• **La communication verbale** : A. vocalise spontanément lors d'activités qui semblent lui plaire ou même parfois lui déplaire. A. réalise principalement des attaques vocales dures allant du grave à l'aigu. Ainsi, les sons sont gutturaux et peuvent varier en hauteur.

1.1.2.2. Grille d'évaluation de l'imitation de NADEL (2011)

Notre évaluation de l'imitation a consisté à proposer du matériel en double exemplaire à A. Durant notre passation, nous avons testé les capacités d'imitation spontanée de A. Par la suite

nous l'avons imité dans ses actions et comportements afin d'évaluer sa reconnaissance d'être imité. Enfin, nous avons testé les capacités d'imitation provoquée de A. par la consigne « fais pareil » ou « fais comme moi ».

• Imitation spontanée

Pour rappel :

- 0 : l'enfant ne manifeste pas d'intérêt pour l'objet
- 1 : on parle d'émergence lorsque l'enfant manifeste un intérêt pour l'objet : regard, mouvements vers l'objet, amorce de mouvement
- 2 : imitation partielle : utilisation de la partie du corps concernée, imitation impliquant une autre partie du corps, imitation sur un autre objet, tentative non aboutie
- 3 : imitation réussie

Imitation spontanée	Aucun intérêt manifesté pour l'objet ou l'action 0	Émergence : intérêt manifesté pour l'objet 1	Imitation partielle 2	Imitation réussie 3
1. Tirer puis taper le parapluie sur le sol (comportement familier, deux actions)			X	
2. Prendre le ballon de baudruche et le poser sur le verre (comportement nouveau, deux actions)		X		
3. Prendre le parapluie, l'ouvrir et le mettre au-dessus de la tête (comportement familier, trois actions)			X	
4. Prendre des lunettes, les mettre dans le bol et remuer (comportement nouveau, trois actions)		X		
5. Prendre la bouteille, la dévisser, verser dans une tasse et boire (comportement familier, quatre actions)			X	
6. Prendre le parapluie, prendre le chapeau, mettre le chapeau sur le parapluie et ouvrir de parapluie (comportement nouveau, quatre actions)			X	
7. Index sur la bouche : « geste de silence » (geste conventionnel)	X			
8. Mains de profil sur le menton (geste non significatif)	X			
9. Mains ouvertes sur la tête (geste non significatif)	X			
10. Pouce et index en V (geste conventionnel)	X			
11. Pouce sur le majeur, autres doigts levés (geste non significatif)	X			
Total = 10 sur 33				

En imitation spontanée, A. manifeste de l'intérêt pour les comportements familiaux et nouveaux en plusieurs actions (items 1 à 6). En outre, de façon spontanée, celui-ci imite

partiellement les actions que nous réalisons avec le parapluie. Par la suite, nous observerons que A. manifeste un intérêt particulier pour cet objet. Les items 7 à 11 correspondent à des réalisations de gestes non significatifs et conventionnels, gestes pour lesquels A. ne manifeste pas d'intérêt.

• **Reconnaissance d'être imité**

Pour rappel :

- 0 : aucune manifestation de l'enfant
- 1 : émergence se manifestant par le regard de l'enfant, un sourire, une approche vers l'expérimentateur
- 2 : l'enfant teste l'imitateur
- 3 : l'enfant teste l'imitateur avec tour de rôle

Reconnaissance d'être imité	Aucune manifestation 0	Émergence : regarde, se rapproche, sourit 1	Teste l'imitateur 2	Teste l'imitateur avec tour de rôle 3
1. L'expérimentateur imite une expression faciale (bouche en avant produisant des crachas)	X			
2. E. imite un mouvement corporel (balancement des bras)		X		
3. E. imite une posture (s'enrouler autour de l'autre)	X			
4. E. imite une action familière avec un objet (mise en bouche d'une petite voiture)		X		
5. E. imite une action non familière avec un objet (mettre un coussin sur sa tête)	X			
6. E. imite un geste statique (pas de production)	X			
7. E. imite une expression faciale (bouche en avant produisant des crachas)	X			
8. E. imite un mouvement corporel (tourner sur soi-même)			X	
9. E. imite une posture (mettre un coussin sur sa tête, le maintenir avec ses deux mains)		X		
10. E. imite une action familière avec objet (rassembler des bâtonnets puis les lancer)			X	
11. E. imite une action non familière avec objet (attraper une caisse et la faire tomber avec ses pieds)		X		
12. E. imite un geste statique (pas de production)	X			
Total = 8 sur 36				

La passation a consisté à imiter les actions de l'enfant. Nous observons qu'au début de la séquence, A. réagit peu à nos actions effectuées en miroir. Celui-ci ne manifeste pas de regard et pas de sourire. A réagit par la suite par des regards et des sourires à nos actions d'imitation

d'un mouvement de balancement des bras (items 2) et de la mise en bouche d'un objet (item 4). S'instaure alors lors de la passation un jeu dans lequel A. réagit par des vocalisations et des rires lorsque nous imitons ses actions (items 8 et 10) et nous observons des regards fixes. Ainsi, par ses réactions, nous considérons que A. se met dans une posture où il teste l'imitateur dans la mesure où il maintient et fait varier les actions que nous imitons. Toutefois, A. ne réagit pas à nos imitations d'expression faciale.

• Imitation provoquée

Pour rappel :

- 0 : l'enfant ne manifeste pas d'intérêt pour l'objet
- 1 : on parle d'émergence lorsque l'enfant manifeste un intérêt pour l'objet : regard, mouvements vers l'objet, amorce de mouvement
- 2 : imitation partielle : utilisation de la partie du corps concernée, imitation impliquant une autre partie du corps, imitation sur un autre objet, tentative non aboutie
- 3 : imitation réussie

Imitation provoquée	Aucun intérêt manifesté pour l'objet 0	Émergence : intérêt manifesté pour l'objet 1	Imitation partielle 2	Imitation réussie 3
1. Prendre la cuillère et la mettre dans le bol (action familière, deux éléments)			X	
2. Prendre le chapeau et le mettre à l'envers sur la tête (action non familière, deux éléments)			X	
3. Prendre la flûte, souffle dedans et la poser dans sa boîte (action familière, trois éléments)		X		
4. Prendre le chapeau, mettre un objet dedans et le porter comme un panier (action non familière, trois éléments)			X	
5. Prendre les lunettes, les ouvrir, les mettre sur les yeux, puis les relever sur la tête (action familière, quatre éléments)		X		
6. Ouvrir le parapluie, prendre un objet, le mettre dans le parapluie, ouvert et le faire sauter (action non familière, quatre éléments)			X	
7. Pouce levé « geste de réussite » (geste conventionnel)	X			
8. Main ouverte sous le menton (geste simple non familier)	X			
9. Main retournée sur le menton (geste complexe non familier)	X			
10. Index et majeur en V (geste simple non familier)	X			
11. Pouce sur annulaire, autres doigts levés (geste complexe non familier)	X			
Total = 10 sur 33				

A. semble plus réceptif aux items proposés en imitation provoquée. Il manifeste un intérêt pour les actions familières et non familières proposées (items 3 et 5) et parvient même à une imitation partielle de l'action pour laquelle il a déjà bénéficié d'un entraînement avec les objets (item 1) ou des actions impliquant des objets pour lesquels il manifeste un intérêt : chapeau et parapluie (items 2, 4 et 6). A. ne manifeste toutefois pas d'intérêt pour les imitations de gestes conventionnels, simples et complexes.

→ L'évaluation de l'imitation nous montre que A. est plus réceptif à l'imitation provoquée. Il bénéficie en effet d'un entraînement régulier avec sa psychologue, son AESH et sa maman qui travaillent l'imitation provoquée sur consigne. Nous observons ainsi que A. est relativement plus réceptif à ce type d'imitation. Les imitations partiellement réussies sont des imitations d'actions familières. A. ne semble pas manifester d'intérêt pour les imitations de gestes.

Ces différentes observations nous amènent à favoriser un entraînement de l'imitation provoquée chez A. Ainsi, notre travail s'inscrit dans la dynamique de travail qui a lieu entre les différents intervenants travaillant régulièrement avec A.

1.1.3. Le questionnaire : évaluation de la communication et des interactions sociales au quotidien

L'élaboration d'un questionnaire à destination des proches de A. nous a permis d'évaluer leur perception de la communication et des interactions sociales de A. envers eux. Ce questionnaire a été rempli par les parents ainsi que par l'institutrice et l'AESH de A.

Pour rappel : 0. Jamais 1. Parfois 2. Souvent 3. Très souvent 4. Toujours

	OUI	NON	0	1	2	3	4
Communication dans la famille	4						
A. manifeste-t-il le désir de communiquer ?	X				X		
Utilise-t-il des gestes ou des images pour se faire comprendre ?	X			X			
Utilise-t-il des sons ou des mots pour se faire comprendre ?	X			X			
Communique-t-il pour combler d'autres choses que ses besoins personnels ?		X	X				
Communication dans la fratrie	3						
Les enfants jouent-ils tous les trois ?	X			X			
A. va-t-il spontanément vers ses sœurs pour jouer ?		X	X				

A. va-t-il spontanément vers ses sœurs pour une demande ?	X			X			
Les sœurs de A. vont-elles spontanément vers lui pour jouer ?	X			X			
Communication à l'école	9						
Les autres enfants vont-ils vers A. pour jouer ?	X					X	
Les autres enfants vont-ils vers A. pour lui manifester des marques d'affection ?	X					X	
A. va-t-il vers les autres enfants pour jouer ?	X			X			
A. va-t-il vers les autres enfants pour leur manifester des marques de colère ou d'affection ?	X				X		

Score de communication et d'interactions sociales :

- dans la famille : 4 sur 16
- dans la fratrie : 3 sur 16
- avec les pairs dans le milieu scolaire : 9 sur 16.

→ Ce questionnaire a été présenté avant le début des ateliers de communication au sein de la fratrie du petit A. Les résultats mettent en évidence que A. va vers les autres (famille ou pairs) pour réaliser ses demandes mais ne communique que pour exprimer ses besoins personnels. Les sœurs du petit A. semblent se tourner parfois vers A. pour jouer. Cet élan envers A. pour jouer avec lui est très courant dans la classe de grande section de A. où les enfants vont beaucoup vers lui pour interagir, jouer avec lui.

Notre intervention auprès du petit A. se voulait globale. A la suite du questionnaire proposé aux parents et au corps enseignant, nous avons passé une matinée d'observation dans la classe du petit A. Cette démarche nous a permis d'observer A. dans son environnement scolaire. Cela nous a donné des indications sur son niveau de socialisation, son niveau dans les apprentissages moteurs et cognitifs, de même que sur sa compréhension en contexte et son rapport aux rituels. Nos observations vont dans le sens des résultats du questionnaire. Les enfants scolarisés avec A. vont très souvent vers lui et sont très avenants et patients à son égard. Ils sont très en demande pour réaliser des activités avec lui. Certains enfants connaissent déjà A. depuis plusieurs années et ont appris à respecter sa différence, à être attentif à lui et à l'inclure dans les activités de la classe.

1.2. Ateliers de communication

L'évaluation du petit A. nous permettant de mettre en évidence ses capacités et déficits dans différents domaines de la communication, nous avons pu mettre en place un axe de travail sur les compétences émergentes et les compétences à favoriser chez le petit A. La mise en place de ce travail a nécessité la prise de contact avec tous les professionnels amenés à travailler avec A. afin de faire entrer notre projet dans la cohérence et la dynamique thérapeutique autour de ce petit garçon. De plus, il nous a semblé essentiel de créer un lien avec l'enfant et ses sœurs afin qu'ils se familiarisent à nous et aux ateliers mis en place par la suite. Ce travail préalable nous a ainsi permis de mettre en place un travail de vingt séances avec A. et ses sœurs.

Les séances ont lieu deux fois par semaine et durent quarante-cinq minutes selon la disponibilité et la fatigabilité des enfants. Ainsi, A. bénéficiait des ateliers de communication en moyenne une heure trente par semaine. Les séances ont lieu au domicile familial et sont toujours réalisées au sein d'un binôme entre A. et une de ses sœurs à tour de rôle.

1.2.1. Contenu des ateliers de communication

Notre travail a été réalisé en suivant quatre modules :

Module de séances	Objectifs
Module 1 : séances 1 à 9	Mise en place du lien entre l'adulte et les enfants. Instauration d'une routine dans les activités. Renforcement des pré-requis de la communication et induction de l'imitation.
Module 2 : séance 10	Séance de transition auprès des trois enfants de la fratrie : séance faisant intervenir les pré-requis de la communication ainsi que les compétences en imitation. Thème abordé : l'autisme.
Module 3 : séances 11 à 19	Séances principalement axées sur l'imitation dans le binôme pour entraîner son renforcement tout en favorisant l'entraînement des pré-requis de la communication.
Module 4 : séance 20	Dernière séance mise en place au sein de la fratrie, synthèse du travail mis en place. Thème abordé : le jeu dans la fratrie.

Dans la mesure du possible, notre protocole prévoyait différentes phases par séance :

- Rituel d'arrivée : allumer la caméra, laisser les enfants découvrir le matériel avant de s'installer à table
- Premières activités renforcées par la plaquette de 10 jetons
- Renforcement obtenu quand la plaquette est complète (choix des pictogrammes du PECS : bulles, ballon ou chatouilles)

- Reprises d'activités avec ou sans la plaquette de jetons
- Renforcement à l'issue des activités
- Rituels de fin de séance : instaurer les gestes à visée communicative (bisou, geste du au revoir).

Notre travail durant les vingt séances a consisté à mettre en place différentes activités permettant le travail des pré-requis de la communication et un entraînement de l'imitation provoquée. De plus, ce travail a permis l'instauration d'un climat de jeu et d'échanges dans lequel nous avons abordé différents thèmes.

PRÉ-REQUIS À FAVORISER	MOYENS UTILISÉS
Poursuite visuelle	Objets brillants, qui font de la lumière, travail devant la glace, bulles. Capter le regard de A., le maintenir et favoriser son déplacement.
Elan à l'interaction	Mettre A. en position d'exprimer des demandes comme à la fin du remplissage de la plaquette de jetons, en apportant du matériel pour lequel il manifeste un intérêt particulier (bulles, sable kinétique, bouteille à dévisser...).
Attention conjointe	Nommer, commenter les actions de A. de façon concise et simple. Attirer son attention en lui montrant quelque chose, et en le nommant, utilisation de matériel pour lequel A. manifeste un intérêt, variation des supports (livres doudou, matériel sensoriel : sable kinétique, lentilles...).
Attention et orientation aux bruits environnant	Rendre A. attentif aux bruits qui l'entourent. Utiliser des objets sonores hors de sa vue pour qu'il s'oriente vers le bruit. Expliquer ce qu'il a entendu. Utilisation de jouets sonores, d'instruments de musique.
Mimiques, gestes à visée communicative, gestes symboliques	Gestes de type coucou, bravo, au revoir, envoyer des bisous... Mimer les émotions : la joie, la peur, la réaction aux bruits trop forts, l'étonnement en éclatant une bulle, les exagérer devant A.
Pointage	Développer et entraîner le geste moteur de pointer : éclater les bulles, appuyer sur de la pâte à modeler avec l'index (travail mis en place en ergothérapie).
Échange et tour de rôle	Jouer aux ballons, aux voitures, s'échanger des objets, réaliser des encastrement, des puzzles, du tri de couleurs chacun son tour, construire une tour en légos ou en cubes. Échanges instaurés notamment lors des entraînements à l'imitation.

Compréhension non-verbale	Amener A. à être sensible à toutes les mimiques, expressions du visage. Varier les intonations, utiliser des onomatopées, ajouter des gestes pour favoriser la compréhension (ex. « c'est en dessous » on montre le dessous du bureau). Exagérer les émotions, par exemple jouer fort avec les maracas, puis exprimer l'inconfort suite aux bruits trop forts (mimiques, mains sur les oreilles)
Sonorisation	Reprendre les sonorisations de A. en interprétant et en enrichissant. Ajouter selon le contexte, des onomatopées, des bruits des animaux, le bruit des voitures...
SÉQUENCES D'IMITATION PROVOQUÉE Actions réalisées en séance avec la psychologue et l'AESH et reprises dans notre protocole dans une dynamique de généralisation des apprentissages Il est important de proposer des actions à l'enfant selon son niveau d'imitation (voir annexe 8)	<ul style="list-style-type: none"> - Lever les bras - Taper sur ses genoux - Taper sur le bureau - Mettre les mains sur ses joues - Faire rouler un objet - Faire bravo - Secouer une maracas, ou un équivalent - Remuer une cuillère dans un récipient - Tirer la langue - Souffler - Poser les mains sur le bureau sans taper - « Bravo immobile », les mains jointes - Mains posées sur les joues - Mains à plat sur la bouche - Bras croisés sur le torse - Mains sur la tête - Lever une jambe
THÈMES ABORDÉS lors des séances en présence des trois enfants (séance 10 et 20)	<ul style="list-style-type: none"> • L'autisme : Livre « l'autisme qu'est-ce que c'est ? » (voir annexe 7), lecture du livret lors de la séance 10, moment d'échange et de parole sur l'autisme • Les jeux dans la fratrie : Proposition d'activités faites par M. et C., réalisation de ces activités lors de la séance 20

1.2.2. Analyse des ateliers ; création d'un environnement pour l'enfant autiste et les membres de sa fratrie

Nous avons réalisé une analyse qualitative des ateliers en interprétant leur portée dans différentes dimensions. Les ateliers de communication constituèrent un lieu privilégié pour la fratrie et furent :

- **Lieu de communication** : Le travail que nous avons mis en place a instauré un environnement permettant le travail des compétences pré-requises à la mise en place d'une communication harmonieuse. Les sœurs du petit A. échangeaient aussi bien avec

l'adulte qu'avec le petit A. Les ateliers furent des lieux de communication et d'interactions. Les sœurs de A. communiquaient beaucoup avec leur frère et l'encourageaient « *bravo A !* », « *c'est super !* ».

- **Lieu d'apprentissage :** Le travail entrepris s'est axé sur l'entraînement des compétences en imitation du petit A. Par la mise en place d'un travail généralisé par différents intervenants de A., celui-ci bénéficie d'un travail et de nouveaux apprentissages réguliers. Notre travail s'est inscrit dans la dynamique thérapeutique autour de A. et nous avons ainsi contribué au maintien d'apprentissages et à l'apprentissage de nouvelles compétences.
- **Lieu de jeu :** Notre travail se voulait ludique et mis en place dans un environnement naturel pour les enfants. Lors de nos ateliers nous avons perçu beaucoup de rires et de sourires de la part de A. et de ses sœurs. Celles-ci semblaient apprécier de jouer avec leur frère, d'avoir un moment privilégié de jeu lors duquel elles étaient « aidantes » mais également sœurs. Nous avons observé que la petite M. ayant peu d'écart avec A. aimait proposer des jeux et appréciait de pouvoir les mettre en place « *moi je joue et je m'occupe beaucoup de A* ». C. quant à elle est l'aînée de la fratrie, elle semble avoir apprécié d'aider son frère à acquérir de nouvelles compétences.
- **Lieu de parole :** L'atelier de communication fut également un lieu de parole pour les sœurs de A. qui ont pu se confier et formuler des questions. Se confier tout d'abord sur elles-mêmes, leurs rapports dans la fratrie et se confier sur leurs joies. En outre, l'atelier mis en place leur a permis de poser leur question sur notre travail en orthophonie et notre travail spécifiquement avec A. « *chez l'orthophoniste on peut inventer plein de choses* », « *il y a plus de garçons autistes que de filles, c'est comme dans ma classe il y a plus de garçons* ».
- **Lieu d'échange :** Véritable lieu d'échange, l'atelier a permis à M. et C. de découvrir des activités réalisées en séances avec leur frère. Lieu d'échange enrichissant pour nous également, notamment lorsque M. et C. proposaient des idées d'activités à réaliser avec leur frère : « *pour une séance on pourra dessiner tous ensemble* ». Nous avons relevé des paroles de M. et C. « *je vais donner mon mur de légos à A. et on va le détruire tous ensemble* », « *je partage avec A* ».

1.3. Bilan final

A l'issue des vingt séances en binôme, nous avons réalisé un bilan d'évolution des capacités de

A. Ce bilan était composé des grilles des pré-requis de la communication et de l'imitation ainsi que du questionnaire destiné à l'entourage de A.

1.3.1. Grilles d'évaluation des pré-requis de la communication et de l'imitation

1.3.1.1. Grille d'évaluation des pré-requis de la communication

Au cours des séances réalisées auprès de A. et de ses sœurs, nous avons constaté des évolutions dans les compétences nécessaires à l'instauration d'une communication harmonieuse. Nous avons principalement observé que A. orientait et maintenait son regard envers les objets et autrui de façon plus fréquente. De plus, les activités mises en place lors des ateliers ont favorisé les épisodes d'attention conjointe entre A., ses sœurs et l'adulte.

Pré-requis de la communication	0	1	2	3
Les compétences socles				
Poursuite visuelle			X	
Coordination oculo-manuelle			X	
Attention conjointe			X	
Attention et orientation aux bruits environnants			X	
Utilisation de gestes à visée communicative		X		
Pointage	X			
Tour de rôle et échange	X			
Communication non-verbale				
Demandes non-verbales				X
Utilisation de la mimique		X		
Communication verbale				
Productions sonores		X		
Total = 14 sur 30				

• **Les compétences socles** : Lors de notre travail auprès du petit A., nous avons constaté une amélioration de ses capacités visuelles : tant au niveau de l'accroche de regard, de la poursuite visuelle et de la coordination oculo-manuelle. De plus lors des différentes activités proposées durant l'évaluation finale, celui-ci réagit de façon plus stable et plus fréquente aux bruits environnants. La réaction à l'appel de son prénom a toutefois lieu après un temps de latence. Nous avons observé au cours des séances et de l'évaluation finale de A. que celui-ci présente parfois des comportements non-verbaux à visée communicative : tendre les bras vers l'adulte pour se faire porter, se rendre vers l'adulte avec un objet désiré. Ces comportements manifestent un élan à l'interaction sur le plan gestuel. Toutefois, A. ne réalise pas de gestes

symboliques à visée communicative (comme le geste du coucou par exemple). Le pointage et le tour de rôle volontaires ne sont pas réalisés par A. au cours des séances ni au cours de l'évaluation finale.

• **La communication non-verbale** : Au cours de nos mois de travail, l'utilisation du système de communication par échange d'images (PECS) a été fortement renforcée par A. et son entourage. Ainsi, lors des séances et de l'évaluation finale, le petit A. exprimait ses demandes par l'utilisation des pictogrammes représentant les objets qu'il apprécie particulièrement. La mise en place de ce système de communication se renforcera par la suite avec la mise en place de nouveaux pictogrammes fonctionnels utilisés par A. L'utilisation de la mimique par A. n'a pas évolué au cours de notre travail. Toutefois, nous avons observé que A. investissait sa sphère oro-faciale pour différentes actions se diversifiant au cours des mois : mise en bouche des objets, souffler sur la main que l'on lui présente puis souffler sur des bulles, souffler dans une paille, puis produire des bulles avec sa bouche puis des petits crachas. A. a diversifié ses capacités oro-faciales. Il serait ainsi très intéressant de lui proposer des items d'imitation de la sphère orale par la suite.

• **La communication verbale** : les vocalisations de A. ont lieu dans différents contextes : lors de moment de plaisir ou encore lors des moments qui lui semblent plus difficiles lorsque de nouvelles activités qui lui plaisent moins sont introduites. Les vocalisations de A. sont toujours de type gutturales et varient en fréquence, elles peuvent être graves ou aiguës.

1.3.1.2. Grille d'évaluation de l'imitation de NADEL

Notre bilan d'évolution fut également constitué de l'évaluation des compétences en imitation de A. Nous avons repris les mêmes items que lors de l'évaluation initiale afin d'obtenir des résultats plus fiables.

• Imitation spontanée

Imitation spontanée	Aucun intérêt manifesté pour l'objet ou l'action 0	Émergence : intérêt manifesté pour l'objet 1	Imitation partielle 2	Imitation réussie 3
1. Tirer puis taper le parapluie sur le sol (comportement familier, deux actions)				X
2. Prendre le ballon de baudruche et le poser sur le verre (comportement nouveau, deux actions)			X	
3. Prendre le parapluie, l'ouvrir et le mettre au-dessus de la tête (comportement familier, trois actions)			X	
4. Prendre des lunettes, les mettre dans le bol et remuer (comportement nouveau, trois actions)			X	
5. Prendre la bouteille, la dévisser, verser dans une tasse et boire (comportement familier, quatre actions)			X	
6. Prendre le parapluie, prendre le chapeau, mettre le chapeau sur le parapluie et ouvrir de parapluie (comportement nouveau, quatre actions)			X	
7. Index sur la bouche : « geste de silence » (geste conventionnel)		X		
8. Mains de profil sur le menton (geste non significatif)		X		
9. Mains ouvertes sur la tête (geste non significatif)		X		
10. Pouce et index en V (geste conventionnel)	X			
11. Pouce sur le majeur, autres doigts levés (geste non significatif)	X			
Total = 16 sur 33				

Lors de la passation, A. ne manifeste pas d'intérêt pour les actions faisant appel à des gestes conventionnels et non significatifs (items 10 et 11). Toutefois, celui-ci semble plus réceptif aux gestes proposés autour du visage et l'on note des regards lorsque nous réalisons les actions (items 7, 8 et 9). La réalisation des actions avec objets entraîne des réactions chez A. qui manifeste un intérêt pour les objets, nous regarde puis prend les objets pour réaliser des actions avec, nous avons donc coté ces comportements comme imitation partielle (items 2, 3, 4, 5 et 6). L'imitation comportant deux actions avec le parapluie est réussie chez A. qui manifeste un intérêt particulier pour cet objet. Lorsque nous déclenchons le mécanisme d'ouverture du parapluie, A. est très attentif et manifeste une mimique de surprise et de joie.

• **Reconnaissance d'être imité**

Reconnaissance d'être imité	Aucune manifestation 0	Émergence : regarde, se rapproche, sourit 1	Teste l'imitateur 2	Teste l'imitateur avec tour de rôle 3
1. L'expérimentateur imite une expression faciale (souffler avec la bouche)		X		
2. E. imite un mouvement corporel (tourner sur soi-même)		X		
3. E. imite une posture (mettre ses bras autour du cou de l'autre)		X		
4. E. imite une action familière avec un objet (taper le parapluie sur la sol)		X		
5. E. imite une action non familière avec un objet (poser un hochet sur sa tête)	X			
6. E. imite un geste statique (pas de réalisation)	X			
7. E. imite une expression faciale (bouche en avant produisant des petits bruitages)		X		
8. E. imite un mouvement corporel (mettre les mains face à l'adulte et les taper)			X	
9. E. imite une posture (s'allonger sur le sol)		X		
10. E. imite une action familière avec objet (prendre une voiture et la taper sur le sol)			X	
11. E. imite une action non familière avec objet (prendre le parapluie et le tenir au-dessus de sa tête)		X		
12. E. imite un geste statique (pas de réalisation)	X			
Total = 11 sur 36				

A. nous semble plus investi dans les jeux d'imitation toutefois il ne s'inscrit pas encore dans un jeu de tour de rôle avec l'adulte. Celui-ci manifeste de l'intérêt pour notre jeu d'imitation, il sourit et nous regarde (items 1, 2, 3, 4, 7, 9 et 11) lors d'actions avec des objets, lors de la réalisation de mouvements corporels et faciaux. Il entre dans un jeu d'imitation et nous teste en produisant une action avec une petite voiture tapée sur le sol et lorsqu'il initie un jeu de miroir dans lequel nous tapons dans les mains de l'autre (items 8 et 10).

• Imitation provoquée

Imitation provoquée	Aucun intérêt manifesté pour l'objet 0	Émergence : intérêt manifesté pour l'objet 1	Imitation partielle 2	Imitation réussie 3
1. Prendre la cuillère et la mettre dans le bol (action familière, deux éléments)				X
2. Prendre le chapeau et le mettre à l'envers sur la tête (action non familière, deux éléments)			X	
3. Prendre la flûte, souffle dedans et la poser dans sa boîte (action familière, trois éléments)		X		
4. Prendre le chapeau, mettre un objet dedans et le porter comme un panier (action non familière, trois éléments)			X	
5. Prendre les lunettes, les ouvrir, les mettre sur les yeux, puis les relever sur la tête (action familière, quatre éléments)		X		
6. Ouvrir le parapluie, prendre un objet, le mettre dans le parapluie, ouvert et le faire sauter (action non familière, quatre éléments)			X	
7. Pouce levé « geste de réussite » (geste conventionnel)		X		
8. Main ouverte sous le menton (geste simple non familier)			X	
9. Main retournée sur le menton (geste complexe non familier)		X		
10. Index et majeur en V (geste simple non familier)		X		
11. Pouce sur annulaire, autres doigts levés (geste complexe non familier)		X		
Total = 17 sur 33				

Lors de l'évaluation, A. est réceptif aux items proposés en imitation provoquée. Il réussit l'imitation d'une action familière à deux éléments (item 1), imitation faisant intervenir des objets avec lesquels A. imitait lors de ses entraînements réguliers. De plus, il imite partiellement des actions proposées faisant intervenir des objets pour lesquels il manifeste un intérêt particulier : chapeau et parapluie (items 2, 4 et 6). En outre, A. manifeste plus d'intérêt pour les imitations de gestes sans pour autant mettre en place une imitation partielle (items 7, 9, 10 et 11). En effet, l'introduction de nouveaux items d'imitation de gestes nécessite de la guidance physique chez A. Lors de l'évaluation, l'expérimentateur ne peut induire la réalisation d'une action par de la guidance physique. Toutefois nous remarquons qu'il est sensible à nos sollicitations.

→ Nous observons que A. est plus sensible aux imitations proposées qu'elles soient dans une dimension spontanée ou provoquée. Celui-ci porte de l'intérêt aux actions avec objets et réalise des imitations partielles avec les objets. Nous observons également qu'il est plus attentif aux gestes proposés bien qu'il ne tente pas de les réaliser. Ici, le couplage perception-action décrit par NADEL semble s'être développé chez A. Le développement de cette capacité est corrélé à la conscience du corps de l'enfant. Ainsi, nous pouvons anticiper une amélioration des capacités de l'enfant en lien avec une éventuelle évolution de sa conscience corporelle.

1.3.2. Le questionnaire : évaluation de la communication et des interactions sociales au quotidien, évaluation de l'impact des ateliers dans la fratrie

A l'issue des ateliers de communication, nous avons donné à nouveau le questionnaire aux parents de A. ainsi qu'à son institutrice et son AESH. De plus, nous avons ajouté des items concernant les rapports dans la fratrie destinées à C. et M., les sœurs de A.

Pour rappel : 0. Jamais 1. Parfois 2. Souvent 3. Très souvent 4. Toujours

	OUI	NON	0	1	2	3	4
Communication dans la famille	8						
A. manifeste-t-il le désir de communiquer ?	X				X		
Utilise-t-il des gestes ou des images pour se faire comprendre ?	X						X
Utilise-t-il des sons ou des mots pour se faire comprendre ?	X			X			
Communique-t-il pour combler d'autres choses que ses besoins personnels ?		X	X				
Communication dans la fratrie	5						
Les enfants jouent-ils tous les trois ?	X			X			
A. va-t-il spontanément vers ses sœurs pour jouer ?	X			X			
A. va-t-il spontanément vers ses sœurs pour une demande ?	X			X			
Les sœurs d'A. vont-elles spontanément vers lui pour jouer ?	X				X		
Communication à l'école	11						
Les autres enfants vont-ils vers A. pour jouer ?	X						X
Les autres enfants vont-ils vers A. pour lui manifester des marques d'affection ?	X						X
A. va-t-il vers les autres enfants pour jouer ?		X	X				
A. va-t-il vers les autres enfants pour leur manifester des marques de colère ou	X					X	

d'affection ?							
---------------	--	--	--	--	--	--	--

Score de communication et d'interactions sociales :

- dans la famille : 8 sur 16
- dans la fratrie : 5 sur 16
- avec les pairs dans le milieu scolaire : 11 sur 16.

→ Ce questionnaire a été présenté à nouveau à l'issue des ateliers de communication. Nous observons une évolution des comportements de communication de A. dans le cadre de la famille. En effet, celui-ci exprime désormais ses demandes plus fréquemment à l'aide des pictogrammes du PECS ce qui rend sa communication plus fonctionnelle pour qu'il exprime ses demandes. Le questionnaire met en évidence une légère augmentation des comportements de communication dans le cadre de la fratrie. En effet, A. semble se rendre désormais parfois vers ses sœurs pour jouer. De même, ses sœurs semblent aller vers lui pour jouer plus fréquemment. Dans le cadre de l'école, A. ne va pas vers les autres enfants pour jouer alors que ceux-ci manifestent beaucoup de marques d'affection envers lui, sont attentifs à A. et le sollicitent pour jouer.

Tout comme au début de notre travail auprès de A., nous nous sommes à nouveau rendue dans sa classe afin d'échanger avec ses intervenants et d'observer A. dans son environnement scolaire. Nous avons pu vérifier les résultats obtenus au questionnaire en constatant que les enfants de la classe étaient toujours très attentifs et attentionnés envers A. De plus, nous avons pu échanger sur notre travail et les activités mises en place. Nous avons notamment communiqué une fiche de travail des compétences socles de la communication (voir annexe 6).

A l'issue de notre travail auprès de A. et de ses sœurs, nous avons souhaité les interroger sur leurs ressentis vis-à-vis des ateliers mis en place.

Pour rappel : 0. Non 1. Un peu 2. Très 3. Beaucoup

Questionnaire rempli par C.	OUI	NON	0	1	2	3
Impact des ateliers de communication						
As-tu aimé jouer ton frère toutes les semaines ?	X				X	
Aimerais-tu continuer à jouer avec lui ?	X					X
As-tu appris des choses sur A. ?	X			X		
Joues-tu avec A. chaque semaine ?	X				X	
Total = 8 sur 12						

Questionnaire rempli par M.	OUI	NON	0	1	2	3
Impact des ateliers de communication						
As-tu aimé jouer avec ton frère toutes les semaines ?	X					X
Aimerais-tu continuer à jouer avec lui ?	X					X
As-tu appris des choses sur A. ?	X			X		
Joues-tu avec A. chaque semaine ?	X					X
Total = 10 sur 12						

Les questionnaires auprès de M. et C. mettent en évidence que celles-ci ont apprécié participer aux ateliers de communication auprès de leur frère. De plus, elles semblent aimer jouer avec leur frère régulièrement. Le travail entrepris ne semble toutefois pas leur avoir appris à mieux connaître A.

1.4. Synthèse comparative des bilans initial et final

Après avoir détaillé et analysé les différents éléments de notre protocole, nous allons réaliser une synthèse comparative des résultats quantitatifs obtenus au bilan initial et au bilan final. Cette synthèse nous permettra d'objectiver l'évolution des compétences de A. au cours des mois.

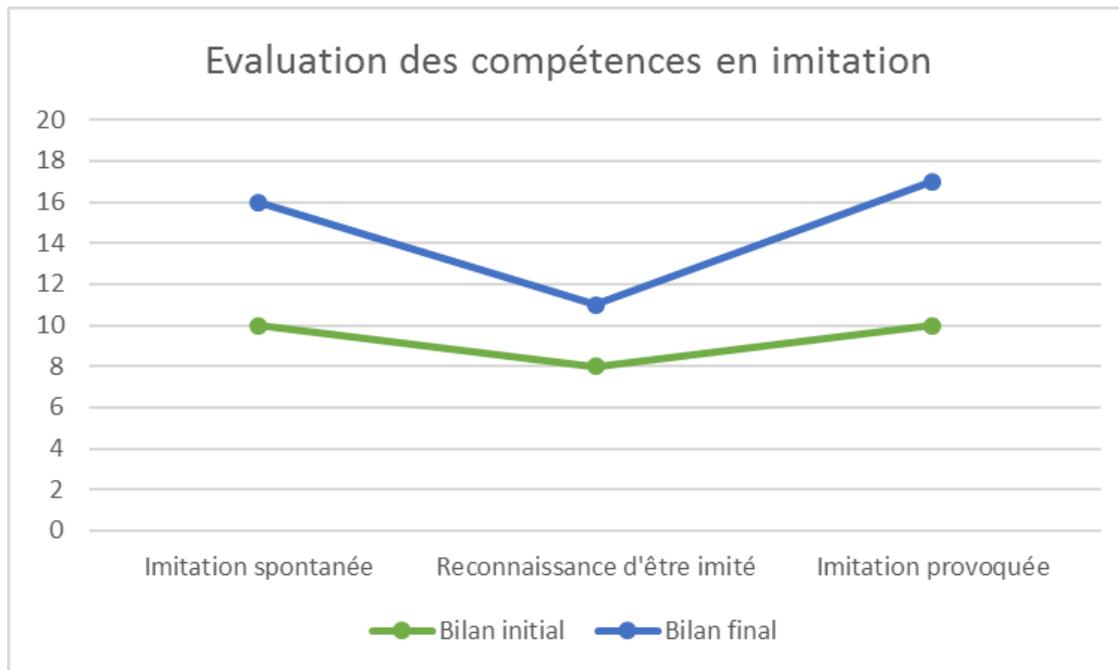
• Communication



Nous constatons une amélioration des compétences pré-requises faisant appel aux capacités visuelles : poursuite visuelle, coordination oculo-manuelle, attention conjointe. En outre, A.

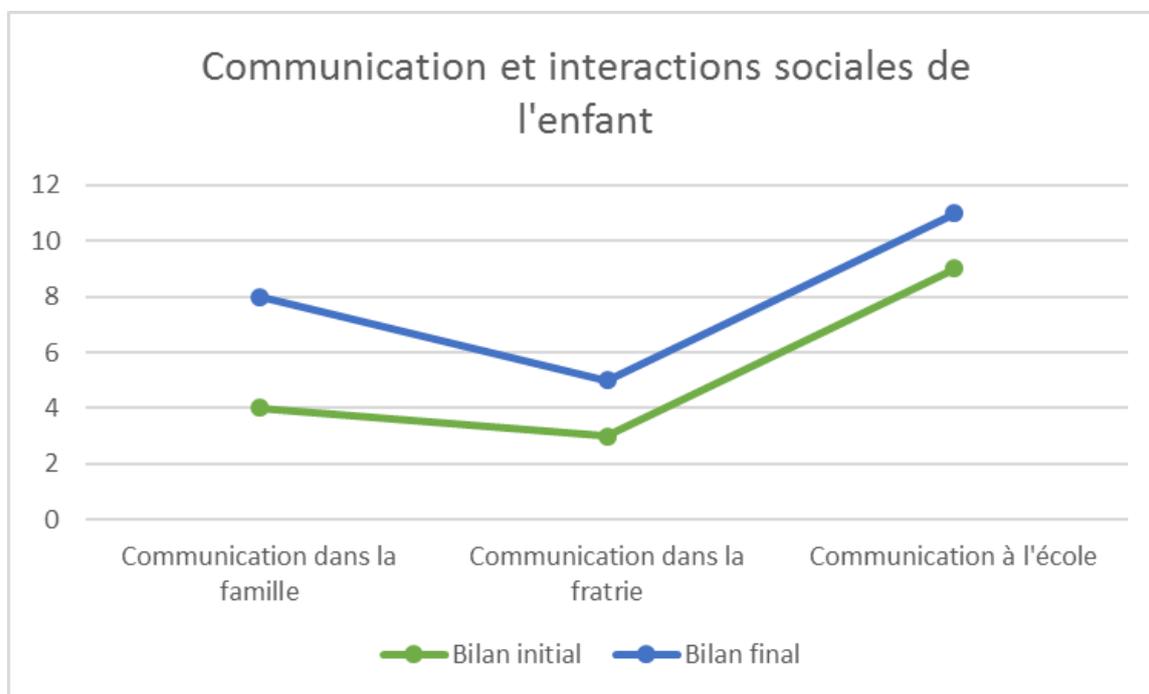
semble plus attentif aux bruits qui l'entourent. De plus, celui-ci réalise des demandes non-verbales beaucoup plus fonctionnelles avec l'utilisation des pictogrammes du PECS. Toutefois, certaines compétences n'ont pas encore émergé : le pointage ainsi que le tour de rôle.

• Imitation



L'entraînement intensif de l'imitation dans différents milieux -lors des ateliers de communication- en classe avec l'intervention de l'AESH et lors des séances avec la psychologue a favorisé le renforcement des capacités émergentes de l'enfant. Les scores obtenus correspondent aux notes de l'enfant sur un total de 33 pour les items d'imitation provoquée et spontanée et à un total de 36 pour les items de la reconnaissance d'être imité. Nous observons une évolution des capacités de A., celui-ci est plus sensible à nos sollicitations lors de l'imitation provoquée. De plus, celui-ci est plus sensible à l'imitation spontanée et l'on constate également une légère augmentation de sa capacité à se reconnaître comme étant imité.

• **Communication et interactions sociales de l'enfant dans ses différents environnements de vie**



Pour rappel, les scores correspondent aux notes obtenues aux questions sur un total de 16 points par catégories d'items. Nous observons une amélioration des résultats obtenus lors du bilan final. La communication du petit A. dans la famille semble plus fonctionnelle notamment grâce à l'utilisation des pictogrammes permettant à l'enfant de réaliser des demandes non-verbales. Les interactions dans la fratrie semblent avoir légèrement augmenté, les sœurs de l'enfant semblent aller plus vers lui pour jouer. Dans son environnement scolaire, A. est très bien intégré et les autres enfants interagissent beaucoup avec lui.

2. Synthèses et conclusions pour les hypothèses

Dans le cadre de notre questionnement scientifique et à partir de notre recherche bibliographique ciblée, nous avons fait émerger quatre hypothèses concernant la mise en place de l'atelier de communication axé sur l'imitation au sein d'une fratrie. A l'issue de la mise en place de notre dispositif expérimental, nous avons analysé les résultats obtenus nous permettant alors de les interpréter pour répondre à nos hypothèses initiales.

• **Un travail ciblé sur les pré-requis de la communication en lien étroit avec l'imitation favoriserait les compétences communicationnelles de l'enfant autiste.** Pour valider cette hypothèse, nous considérons que les résultats obtenus à notre grille de communication aient augmenté et que les améliorations aient été constatées par l'équipe pluridisciplinaire de l'enfant. Le graphique comparatif des compétences pré-requises à l'instauration d'une communication harmonieuse met en évidence une certaine évolution des compétences de l'enfant entre le bilan initial et le bilan final. Cette évolution de certaines compétences a également été constatée par les membres de l'équipe pluridisciplinaire travaillant avec l'enfant. Notre travail a participé à la dynamique thérapeutique mise en place autour de l'enfant et les résultats ne peuvent être liés uniquement à notre travail. Ainsi notre travail a participé à la dynamique thérapeutique autour de l'enfant. Cette hypothèse est donc partiellement validée.

• **Les ateliers de communication axés sur l'imitation favoriseraient les compétences en imitation de l'enfant autiste.** Pour valider cette hypothèse, nous considérons que les résultats obtenus à la grille d'imitation proposée par NADEL (2011) aient augmenté et que l'évolution de l'enfant ait été constatée par les professionnels travaillant les compétences en imitation. Le graphique comparatif met en évidence une augmentation des compétences en imitation de l'enfant, et principalement de ses compétences en imitation provoquée. L'imitation provoquée fut travaillée plusieurs fois par semaine, lors des ateliers de communication, à l'école ainsi qu'en séance avec la psychologue de l'enfant. Ainsi, nous avons constaté qu'un entraînement intensif des capacités d'imitation favorise l'enrichissement et l'automatisation des capacités d'imitation. Ainsi, cette hypothèse est validée.

• **Les compétences acquises lors des ateliers permettraient de favoriser la communication et les interactions sociales de l'enfant autiste dans sa fratrie.** Pour valider cette hypothèse, nous considérons qu'il faille observer le renforcement des interactions dans la fratrie lors de nos séances ainsi que dans le quotidien familial. Ce renforcement sera interprété par une augmentation des résultats obtenus aux items abordant la fratrie dans le questionnaire de communication et d'interactions sociales. Le graphique comparatif ainsi que le questionnaire destiné à la fratrie mettent en évidence une légère augmentation des interactions au sein de la fratrie. De plus, l'observation effectuée par les parents de l'enfant nous rapporte que le jeu dans la fratrie s'est renforcé par la suite. Un travail sur une durée plus importante permettrait d'obtenir des résultats plus sensibles. Ainsi, cette hypothèse est partiellement validée.

• **Les compétences acquises lors des ateliers favoriseraient la communication et les interactions sociales de l'enfant autiste au sein de sa famille.** Pour valider cette hypothèse, nous considérons que le score obtenu aux items correspondant dans le questionnaire ait augmenté. Le graphique comparatif met en évidence une augmentation des interactions sociales et de la communication de l'enfant autiste au sein de sa famille. Par les compétences acquises au cours des mois dans ses différents accompagnements thérapeutiques, l'enfant communique et interagit davantage dans son environnement familial. Cette augmentation est notamment liée à l'utilisation des pictogrammes du PECS ainsi qu'au renforcement des capacités pré-requises à l'instauration d'une communication harmonieuse. Les ateliers de communication proposés étaient inclus dans la dynamique pluridisciplinaire de l'enfant. Ainsi, cette hypothèse est partiellement validée.

3. Positionnement personnel dans la recherche et la situation clinique

Notre étude avait pour objectifs d'une part :

- De réaliser un inventaire sur les connaissances actuelles des troubles du spectre autistique
- De répertorier les modèles de la communication pour mettre en évidence l'apport de l'imitation dans la communication et les apprentissages
- De mettre en évidence l'importance du réseau pluridisciplinaire autour de l'enfant autiste et de sa famille.

A partir de nos postulats théoriques, nous avons choisi de mettre en place un protocole de prise en charge permettant l'entraînement de la communication et de l'imitation de l'enfant autiste non-verbal avec ses pairs. Ce travail avait pour objectifs :

- De favoriser les compétences en imitation de l'enfant autiste non-verbal
- De permettre à l'enfant de développer ses compétences de base pour communiquer
- D'entraîner une amélioration des interactions sociales de l'enfant dans sa famille et particulièrement dans sa fratrie.

Notre travail a mis en évidence l'intérêt de la mise en place du travail en lien étroit avec la famille et l'intérêt de porter attention à la fratrie dans la prise en charge de l'enfant avec autisme. De plus, le travail mené a été un travail s'inscrivant dans une dynamique de prise en charge globale de l'enfant autiste. Ainsi, il est essentiel de travailler au cœur du réseau pluridisciplinaire et de communiquer avec les différents intervenants de l'enfant.

3.1. Les apports de la recherche

La mise en place de ce travail avait pour objectif de montrer qu'un travail des pré-requis de la communication et particulièrement de l'imitation dans le milieu familial renforcerait les compétences communicatives et interactionnelles de l'enfant autiste dans son environnement.

Notre étude a montré l'intérêt du travail mis en place sans pour autant pouvoir certifier l'efficacité du travail mis en place en raison de la faible durée du travail entrepris et en raison de l'impossibilité de généralisation.

Ce travail pourra apporter des pistes de travail pour des personnes désireuses de réaliser un travail auprès d'un enfant autiste et de sa famille. Elles pourront y trouver des éléments théoriques ainsi qu'un cheminement expérimental pouvant être adapté à un enfant porteur d'autisme.

Sur le plan personnel, nous avons beaucoup appris par la mise en place de cette étude. D'une part, nous avons acquis des connaissances dans le domaine de l'autisme par nos nombreuses recherches sur l'autisme, l'histoire de ses descriptions et l'évolution des connaissances. Nous avons réalisé un travail de documentation très intéressant qui nous a amenée à nous positionner et à faire des choix dans nos questionnements. D'autre part, mettre ce travail en place nous a mis dans une posture de recherche, d'expérimentation, de réajustement et d'adaptation. Cette démarche est la base de tout début de prise en charge en orthophonie. Nous avons également mis en place un protocole d'évaluation comprenant des outils que nous avons élaborés et un protocole de prise en charge. Ainsi, ce travail aura été très formateur et enrichissant pour notre future pratique de thérapeute de la communication. De plus, le choix de réaliser une étude de cas nous aura permis de travailler de façon globale et approfondie avec l'enfant. Ainsi, nous avons suivi l'enfant de novembre à mai dans ses différents environnements éducatifs et thérapeutiques. Ce suivi nous a permis d'échanger avec des professionnels, de participer à des réunions ainsi qu'à des séances thérapeutiques. En outre, ce suivi a également consisté à travailler auprès d'une famille et de beaucoup échanger avec elle.

3.2. Les limites de la recherche

Cette étude présente des limites dans plusieurs dimensions. D'une part, ayant porté sur une étude de cas unique, nous ne pouvons pas émettre de conclusions généralisant nos résultats sur les populations d'enfants avec autisme. En effet, nous avons validé partiellement nos hypothèses théoriques dans la mesure où notre travail aurait pu donner des résultats différents dans une autre fratrie ayant les mêmes critères d'inclusion et d'exclusion. D'autre part, la durée de notre étude ne permet pas de voir d'effets à long terme du travail effectué.

En outre, notre étude portant sur un enfant sans langage, les outils utilisés sont des outils qualitatifs dont l'analyse et l'interprétation peuvent être rendues subjectives selon la perception de l'examineur.

Notre travail nous amène à envisager l'intérêt de la mise en place de ce type d'ateliers dans le cadre d'un suivi thérapeutique en orthophonie. Nous avons montré les intérêts des ateliers de communication au sein de la fratrie. Toutefois, dans le cadre d'un suivi régulier en orthophonie, la mise en place de ce genre d'ateliers pourrait difficilement se faire régulièrement en raison des difficultés de disponibilité des membres de la fratrie.

3.3. Pistes de recherches et perspectives

Cette étude de cas a porté sur le profil d'un enfant autiste non-verbal avec des particularités qui lui sont propres. Les outils que nous avons utilisés dans notre analyse ont été choisis et adaptés pour cet enfant et ont ainsi permis de mettre en place un protocole expérimental.

Il serait très intéressant de proposer le protocole des ateliers de communication à un échantillon de population plus important correspondant aux mêmes critères. Les conclusions obtenues permettraient alors de généraliser les résultats obtenus aux populations d'enfants autistes non-verbaux bien qu'il soit essentiel de prendre en considération les variabilités propres à chaque enfant autiste.

De plus, l'imitation étant un processus favorisant la communication et les apprentissages comme nous l'avons vu, il serait intéressant de mettre en place des ateliers de communication dans les fratries avec des enfants autistes verbaux afin d'axer le travail sur l'imitation puis sur les habiletés sociales. Cela permettrait ainsi de savoir si le processus d'apprentissage que constitue l'imitation, permet l'apprentissage de règles et de conventions sociales parfois difficilement acquises et comprises par les jeunes porteurs d'autisme.

Le travail auprès d'une famille nous a également amenée à nous questionner sur les représentations et les attentes des familles sur l'apport d'une prise en charge en orthophonie. Il nous paraîtrait alors intéressant de mettre en place une étude évaluant et recensant les attentes et les représentations des parents sur la prise en charge en orthophonie de leur enfant avec autisme. Cela pourrait mener à un travail mettant en évidence les différences et les complémentarités des différentes prises en charge dont peut bénéficier l'enfant avec autisme.

CONCLUSION

Les recommandations de la Haute Autorité de Santé s'attachent à faire avancer au mieux la prise en charge des personnes avec autisme. Les recherches actuelles sur l'autisme sont nombreuses et permettent de proposer des prises en charge adaptées et fonctionnelles pour ces personnes et leur famille. Dans cette dynamique de recherches, nous avons choisi de proposer une étude allant dans le sens des connaissances actuelles.

Après avoir réalisé un inventaire des connaissances actuelles de l'autisme, nous avons défini notre objet d'étude en nous intéressant à l'imitation chez l'enfant autiste non-verbal. Par l'énonciation de plusieurs postulats théoriques, nous avons proposé la mise en place d'un atelier de communication axé sur l'imitation au sein de la fratrie d'un enfant autiste non-verbal dans le cadre de la prise en charge en orthophonie.

Le travail a consisté à mettre en place un protocole faisant intervenir les compétences essentielles à l'instauration de la communication verbale et non-verbale et les compétences en imitation émergentes chez l'enfant étudié. Ce travail a été précédé et conclu par un bilan nous permettant d'objectiver une évolution chez l'enfant. Cette évolution porte à la fois sur les compétences communicationnelles, interactionnelles et imitatives de l'enfant.

Le travail réalisé a participé à la dynamique thérapeutique autour de cet enfant. Ainsi nous validons partiellement nos hypothèses qui mettaient en avant l'intérêt de proposer les ateliers de communication au sein de la fratrie afin de favoriser les compétences en imitation et en communication de l'enfant au sein de sa fratrie et de sa famille.

Les analyses de notre travail objectivent les intérêts de mettre en place ce travail portant sur la communication et l'imitation au sein de la fratrie dans le cadre d'une prise en charge en orthophonie.

La mise en place de cette étude, de même que le travail pratique et théorique en amont ont été très formateurs et nous ont permis d'acquérir de nouvelles connaissances et compétences. Cela nous a conforté dans notre envie de travailler auprès d'une population porteuse d'un trouble du spectre autistique dans notre future pratique professionnelle. En outre, nous avons pu observer l'importance du travail au sein des familles et au sein de la dynamique pluridisciplinaire essentielle dans les prises en charge de l'enfant autiste.

Dans une perspective de recherches futures, il nous semble intéressant de poursuivre les recherches portant sur le jeune enfant autiste et la prise en charge en orthophonie en lien étroit avec les familles et la fratrie. La prise en charge de l'enfant avec autisme est très globale et ainsi, de nombreuses pistes de recherches thérapeutiques seraient très intéressantes à explorer selon les enfants, leurs capacités et leurs difficultés et selon les attentes et les besoins de leurs familles.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages imprimés

- BAGHDADLI, A. (2004). *Revue générale des programmes, méthodes et techniques de prise en charge des personnes atteintes d'autisme ou de troubles apparentés. Autisme et Communication*. Masson, Paris
- BORRELY, P., GREMY, F., (2004). *L'« autiste », une personne au centre d'un réseau d'échange et de communication. Autisme et communication, rencontres en rééducation*. Masson, Paris
- BOTBOL, M., MISES, R. (2012). *Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent R.2012 : Correspondance et transcodage : CIM 10*. Presses de l'EHESP
- BRIN, H., COURRIER, C., LEDERLE, E., MASY, V. (2011). *Dictionnaire d'Orthophonie*, 3ème édition. Ortho Edition
- BRUNER, J. (1983). *Le développement de l'enfant : savoir-faire et savoir-dire*. PUF
- CHAUVREAU-CHAVEROCHE, V. (2010). *Les autismes, Abécédaire des théories et concepts*. Seli Arslan.
- COQUET, F. (2013). *Rééducation des troubles du développement du langage oral*. Les Approches Thérapeutiques en Orthophonie, Ortho Edition.
- COUDOUGNAN, E. (2012). *Le bilan orthophonique de l'enfant autiste : des recommandations à la pratique*. Rééducation Orthophonique
- CROCQ, M.A., et al. (traduction française) (2013).. (2013). *DSM-V, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. American Psychiatric Association
- DANON-BOILEAU, L. (2002). *Des enfants sans langage, de la dysphasie à l'autisme*. Paris, Odile Jacob
- DENNI-KRICHEL, N. (2010). *Accompagnement orthophonique des personnes présentant un trouble envahissant du développement, dont l'autisme. Dépistage et évaluation*. Ortho Edition
- ELOUARD, P. (2012). *Autisme : le partenariat entre parents et professionnels, un facteur favorable à la bientraitance*. AFD Editions, Grasse

- FLESSAS, J., LUSSIER, F., (2009). *Neuropsychologie de l'enfant, troubles développementaux et de l'apprentissage*. Dunod, Paris
- GRANDIN, T. (1994). *Ma vie d'autiste*. Odile Jacob, Paris
- ICART, A. (2009). *Les lits en diagonale*. Robert Laffont
- KOZMINSKI, C., POIRIER, N. (2008). *L'autisme un jour à la fois*. Les presses de l'université Laval (PUL)
- LAXER, G. (1997). *L'éducation des autistes déficitaires*. Eres, Paris
- LIVOIR-PETERSON, M.F. (1989). *Liste des fonctions de communication adaptée de WETHERBY et PRUTTING (1984)*
- MINEAU, S. et al. (2013). *L'enfant autiste, stratégies d'intervention psychoéducatives*. Université de Montréal, Éditions du CHU Sainte-Justine
- NADEL, J., POTIER, C. (2002). *Imitez, imitez, il en restera toujours quelque chose : statut développemental de l'imitation dans le cas d'autisme*. Presses Universitaires de France, Enfance
- NADEL, J. (2004). *Imiter pour communiquer : un défi que peut relever l'enfant autiste sans langage ? Autisme et communication, rencontres en rééducation*. Masson, Paris
- NADEL, J. (1986). *Imitation et communication entre jeunes enfants*. Presses Universitaires de France, Paris
- NADEL, J. (2011). *Imiter pour grandir. Développement du bébé et de l'enfant avec autisme*. Dunod, Paris
- POIRIER, N., DES RIVIERES-PIGEON, C. et al. (2013). *Le trouble du spectre de l'autisme, état des connaissances*. Presses de l'université du Québec
- PRUDHON HAVARD, E. (2009). *Questionnaire des Fonctions de Communication*
- ROGÉ, B. (2008). *L'autisme, comprendre et agir*. Dunod, Paris
- ROGERS, S. J., DAWSON, G. (2010). *Early Start Denver Model for Young Children With Autism : Promoting Language, Learning, and Engagement*. Dunod, Paris

SCELLES, R. (2003). *La fratrie comme ressource*. Cahiers critiques de thérapie familiale et des pratiques de réseaux n°32

TOMASELLO, M. (1999). *The cultural origins of human cognition*. Harvard, University Press

WINNICOTT, D.W. (1975). *Jeu et réalité*. Collection Gallimard

Ouvrages électroniques

ANGELMANN, C. DENNI-KRICHEL, N. (2013). *Accompagnement orthophonique de l'enfant présentant un trouble du spectre autistique*. Les Approches Thérapeutiques en Orthophonie, Ortho Edition.

Matériel

ANTHEUNIS, P., ERCOLANI-BERTRAND, F., ROY, S., (2006). *Dialogoris*. Com-Médec

COQUET, F., FERRAND, P., ROUSTIT, J. *ÉVALO BB, Évaluation du développement du langage oral*. Ortho Edition

FROST, L., BONDY, A. (1985). *Picture Exchange Communication System*. Pyramid

GUIDETTI, M., TOURRETTE, C. (1993). *Echelle d'évaluation de la Communication Sociale Précoce*. Eurotests

SCHOPLER, E. (1994). *Profil Psycho-Educatif (PEP-R), Evaluation et intervention individualisée pour enfants autistes ou présentant des troubles du développement*.

Dictionnaire Le Petit Robert de la langue française (2012)

Travaux universitaires

BENDISOUIS, S. (2015). *Imitation et communication chez l'enfant avec autisme*. Thèse en psychologie, Université Paul Valéry, Montpellier

CLAUDON, P., DE TYCHEY, C., LIGHEZZO, J., ROCHÉ, G., CLAUDEL, S. (2007). *Représentation de soi chez des enfants de fratries avec un enfant autiste*. Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence 55

COUTELLE, R. (2007). *Grandir avec un frère ou une sœur souffrant d'autisme*. Thèse de médecine, Faculté de Médecine de Nancy

GRILLEAU, P. (2008). *Communiquer avec un frère ou une sœur autiste*. Mémoire d'orthophonie, Université de Lille II

RAIMONDI, M. (2009). *Prise en charge orthophonique des enfants porteurs d'autisme non-verbaux*. Mémoire d'Orthophonie, Lille II

Articles de périodiques

ADRIEN, J.L., BOBET, R., BLANC, R., BONNET-BRILHAUT, F., BARTHÉLÉMY, C. (2002). *Psychopathologie et neuropsychologie de l'enfant. Approche neuropsychologique des apprentissages chez l'enfant*. ANAE 68

BARON-COHEN, S. (1988). *Social and pragmatic deficits in autism*. Journal of Autism and Developmental Disorder

BAIRD, G., CASS, H., SLONIMS, V. (2003). *Diagnosis of autism*. Clinical review, theBMJ

BISCALDI, M. et al. (2015). *Identification of neuromotor deficits common to autism spectrum disorder and attention deficit/hyperactivity disorder, and imitation deficits specific to autism spectrum disorder*. European Child Adolescent Psychiatry

BOIDE, A., PRUDHON, E., TUFFEAU, R. (2009). *L'évaluation de la communication préverbale d'enfants et d'adolescents avec autisme au sein d'une section SEHA d'IME : proposition d'un protocole*. Bulletin scientifique de l'Arapi, n°24

COMPOINT-DUFLO, S., ROBIN-MATHIEU, M. (2005). *L'enfant psychotique : de la relation dyadique au groupe de quatre*. Glossa : les cahiers de l'UNADRIO

CARDON, T., WILCOX, J. (2010). *Promoting imitation in young children with autism : a comparison of reciprocal imitation training and videomodeling*. Journal of Autism and Developmental disorders

CHARMAN, T., BARON-COHEN, S. (1994). *Another look on imitation in autism*. Development and psychopathology

DEMYER, M. et al. (1972). *Imitation in autistic, early schizophrenic, and non-psychotic children*. Journal of Autism and Childhood Schizophrenia

KASARI, C., SIGMAN, M.D, BAUMGARTNER, P., STIPEK, D.J. (1993). *Pride and mastery in children with autism*. Journal of Child Psychology and Psychiatry

MELTZOFF, A.N. (1990). *Foundations for developing a concept of self : the role of imitation in relating self to other and value of social mirroring, social modelling, and self practice in infancy, The self in transition : infancy to childhood*, The University of Chicago Press, Chicago

MELTZOFF, A., MOORE, M. (1992). *Early imitation within a functional framework: the importance of person identity, movement and développement*. Infant Behavior and Development

NADEL, J. (2012). *L'imitation dans l'autisme*. Sésame n°181

NADEL, J. et al. (2012). *L'imitation au service de l'autisme : une étude pilote*. Enfance, Paris

PIAGET, J. (1945). *La formation du symbole chez l'enfant*. Sciences Humaines, n°28

RUTTER, M., SCHOPLER, E. (1987). Journal of autism and developmental disorders, vol 17, n°4

WETHERBY, A.M., PRUTTING C.A (1984). *Grille des fonctions de communication. Profiles of communicative and cognitive-social abilities in autistic children*. Journal of Speech and Hearing Research

WING, L., GOULD, J. (1979). *Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children: epidemiology and classification*. Journal of autism and developmental disorder

Sites web consultés

Site de la Haute Autorité de santé : <http://www.has-sante.fr/>

Site sur l'orthophonie et la prise en charge des enfants autistes non-verbaux : <http://oranov.jimdo.com/>

ANNEXES

ANNEXE 1 : Projet d'étude présenté aux parents

Dans le cadre de mon mémoire d'orthophonie, je travaille sur la prise en charge de l'enfant avec autisme en partenariat avec sa famille.

L'objectif de mon étude est de favoriser les capacités de communication et d'interactions sociales de l'enfant autiste au sein de sa fratrie et de sa famille. Pour cela, mon travail porte sur l'utilisation des **processus d'imitation** de l'enfant autiste qui travaille avec un **membre de sa fratrie**.

Quel est l'intérêt d'axer la prise en charge orthophonique sur l'imitation ?

L'imitation favorise l'échange affectif et l'attention au partenaire. Elle soutient certains apprentissages en particulier les compétences pré-requises à la communication. Elle intervient dans la construction de soi et favorise les échanges avec l'autre.

Quel est l'intérêt de mettre en place des séances au sein de la fratrie ?

Les frères et sœurs sont des partenaires privilégiés, grandissant ensemble au sein d'un même cadre de vie. Il a été étudié que la communication et le jeu étaient plus développés dans les fratries. Faire jouer les frères et sœurs ensemble favorise leur communication et leurs apprentissages respectifs. Les enfants deviennent alors des partenaires de jeux et des liens affectifs forts peuvent être renforcés entre eux.

L'étude comportera :

- Des séances d'évaluation des capacités d'imitation, des compétences communicatives et interactionnelles de votre enfant, un questionnaire initial vous sera également remis.
- **20 séances** de 45 minutes entre l'étudiante et les deux enfants. Ces séances seront basées sur l'imitation et se dérouleront de la même façon qu'une séance d'orthophonie conventionnelle. Ces séances auront lieu **une fois à deux fois par semaine** selon vos disponibilités.
- Des séances d'évaluation postérieures aux séances afin d'évaluer l'impact du travail d'imitation durant ces 20 séances. Un questionnaire vous sera fourni afin d'évaluer votre ressenti sur le travail réalisé.

Mon travail se base principalement sur les travaux de Jacqueline NADEL, psychologue du développement ayant beaucoup travaillé l'imitation chez les enfants autistes. Elle a démontré par plusieurs études l'intérêt de travailler en imitation avec eux pour favoriser leur communication et leurs apprentissages.

Déroulement des séances :

- Les séances se feront en présence des deux enfants et de moi-même
- Les activités se baseront sur le travail des pré-requis de la communication
- Le travail s'effectuera toujours avec l'aide des processus d'imitation (gestuelle, motrice, mimique, vocale) qui constituent une base des apprentissages et de la communication
- Les séances auront toujours lieu dans un climat de jeu entre les enfants et les interactions seront la base essentielle du travail
- Les séances seront filmées avec votre accord afin de faciliter l'analyse de chaque séance dans le cadre de mon mémoire.

ANNEXE 2 : Anamnèse

Cette anamnèse a été réalisée à partir de l'anamnèse proposée dans le matériel EVALO BB et de la liste des fonctions de communication de WETHERBY et PRUTTING.

Elle a été préparée et adaptée en fonction du profil de l'enfant auprès duquel nous avons réalisé cette étude. Elle est donc adaptée en fonction de son profil et n'est en rien exhaustive.

Renseignements généraux

Identité de l'enfant : date de naissance, place dans la fratrie

Environnement familial : situation des parents, nombres d'enfants

Autour de l'enfant

Antécédents :

- cas d'autisme dans la famille
- antécédents médicaux de l'enfant : déroulement de la grossesse, de l'accouchement, éventuelles affections médicales lors de la petite enfance
- traitements et prises en charge actuelle de l'enfant

Développement de l'enfant :

- aptitudes sensorielles : auditives et générales
- développement psychomoteur
- acquisitions motrices : âge d'acquisition de la station assise, debout, de la marche
- acquisition de l'autonomie pour : l'alimentation, la toilette, l'habillage, les besoins sphinctériens
- habitudes de succion : suce un doigt, une tétine, prend le biberon
- développement langagier : babillage, cris, vocalisations, mots
- troubles : de l'alimentation, du sommeil

Communication et interactions sociales

- demandes : mode utilisé pour réaliser les demandes, types de demandes faites
- attention conjointe : l'initie, la maintien quand elle est initiée par autrui
- jeu de l'enfant : objets appréciés, jeu seul, jeu avec pairs
- comportement pour entrer en relation : comportement de l'enfant, moyens pour entrer en communication
- scolarisation : classe, accompagnement spécifique, rapport aux enseignants, aux autres

enfants

- imitation : imitation spontanée, imitation provoquée, reconnaissance d'être imité, imitation vocale, verbale, gestuelle, motrice
- tour de parole : participe à un tour de parole vocal, un tour de rôle lors des activités
- compréhension : réaction au prénom, comprend le non, le au revoir, les mots
- expression : type de productions verbales actuelles : babillage, proto-syllabes ;
expression non-verbale : pointage, gestes.

Les particularités de l'enfant autiste

Particularités sensorielles

- audition : hypo-hyper sensibilité, réaction aux bruits forts, aux petits bruits
- vision : sensibilité à la lumière, tournoiement d'objets devant les yeux
- toucher : manifeste une sensibilité au toucher, aux contacts corporels, explore les objets par le toucher
- olfaction : manifeste une sensibilité aux odeurs

Intérêts particuliers

Intérêts, jeux préférés

La fratrie de l'enfant

- place dans la fratrie
- âge des frères et sœurs
- scolarisation des frères et sœurs
- rapport entre les enfants
- jeu entre les enfants

ANNEXE 3 : Grille d'évaluation des pré-requis de la communication adapté de Dialogoris (ANTHEUNIS et al, 2009)

Cette grille a été adaptée à partir du matériel Dialogoris.

Le recueil des données consiste à noter l'absence, la présence et la répétition des occurrences dans les différentes activités proposées :

- 0. pas de réalisation de la capacité
- 1. capacité faible
- 2. capacité répétée lors de l'activité
- 3. capacité observée de façon stable lors de l'activité

Pré-requis de la communication	0	1	2	3
Les compétences socles				
Poursuite visuelle				
Coordination oculo-manuelle				
Attention conjointe				
Attention et orientation aux bruits environnants				
Utilisation de gestes à visée communicative				
Pointage				
Tour de rôle et échange				
Communication non-verbale				
Demandes non-verbales				
Utilisation de la mimique				
Communication verbale				
Productions sonores				

ANNEXE 4 : Grille d'évaluation de l'imitation (NADEL, 2011)

Imitation spontanée Items	Aucun intérêt manifesté pour l'objet 0	Émergenc e : intérêt manifesté pour l'objet 1	Imitation partielle 3	Imitation réussie 4
1. Tirer puis taper le parapluie sur le sol ou prendre puis taper le verre deux fois sur le mur.				
2. Prendre le ballon de baudruche et le poser sur le verre				
3. Prendre le parapluie, l'ouvrir et le mettre au-dessus de la tête				
4. Prendre des lunettes, les mettre dans le bol et remuer				
5. Prendre la bouteille, la dévisser, verser dans une tasse et boire ou ouvrir le sac, prendre le téléphone, numéroter, et le mettre à l'oreille				
6. Prendre l'anneau, le mettre sur la tête, prendre le ballon de baudruche et le mettre sur l'anneau ou, prendre le parapluie, prendre le chapeau, mettre le chapeau sur le parapluie et ouvrir de parapluie.				
7. Index sur la bouche : « geste de silence »				
8. Mains de profil sur le menton.				
9. Mains ouvertes sur la tête.				
10. Pouce et index en V				
11. Pouce sur le majeur, autres doigts levés.				

Reconnaissance d'être imité Items	Aucune manifestat ion 0	Émergenc e 1	Teste l'imitateur 2	Teste l'imitateur avec tour de rôle 3
1. L'expérimentateur imite une expression faciale				
2. E. imite un mouvement corporel				
3. E. imite une posture				
4. E. imite une action familière avec un objet				
5. E. imite une action non familière avec un objet				
6. E. imite un geste statique (non significatif ou conventionnel...)				

7. E. imite une expression faciale				
8. E. imite un mouvement corporel				
9. E. imite une posture				
10. E. imite une action familière avec objet				
11. E. imite une action non familière avec objet				
12. E. imite un geste statique (non significatif ou conventionnel...)				

Imitation provoquée Items	Aucun intérêt manifesté pour l'objet 0	Émergence : intérêt manifesté pour l'objet 1	Imitation partielle 2	Imitation réussie 3
1. Prendre la cuillère et la mettre dans le bol				
2. Prendre le chapeau et le mettre à l'envers sur la tête ou prendre les lunettes et les mettre en boucle d'oreille				
3. Prendre la flute, souffle dedans et la poser dans sa boîte ou prendre le feutre, le ranger dans la trousse et la fermer				
4. Prendre le chapeau, mettre un objet dedans et le porter comme un panier				
5. Prendre les lunettes, les ouvrir, les mettre sur les yeux, puis les relever sur la tête				
6. Ouvrir le parapluie, prendre un objet, le mettre dans le parapluie, ouvert et le faire sauter				
7. Pouce levé « geste de réussite »				
8. Main ouverte sous le menton				
9. Main retournée sur le menton				
10. Index et majeur en V				
11. Pouce – auriculaire, autres doigts en extension				

Cotation : imitation spontanée et imitation provoquée

0 : aucun intérêt manifesté pour l'objet

1 : émergence : intérêt manifesté pour l'objectif (regard, mouvements vers l'objet, amorce de mouvement)

2 : imitation partielle (mouvement non imitatif de la partie du corps concerné, imitation impliquant une autre partie du corps, imitation sur un autre objet, tentative non aboutie)

3 : imitation réussie

Cotation : reconnaissance d'être imité

0 : aucune manifestation

1 : émergence : regarde, se rapproche, sourit

2 : teste l'imitateur

3 : teste l'imitateur avec tour de rôle

ANNEXE 5 : Questionnaire de communication et d'interactions sociales

Ce questionnaire a été élaboré à l'aide du questionnaire des fonctions de communication de PRUDHON HAVARD (2009) ainsi que de l'ouvrage « *l'enfant autiste, stratégies d'intervention psychoéducatives* » de MINEAU (2013)

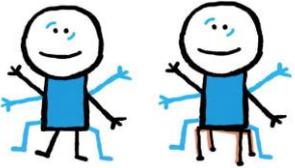
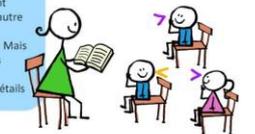
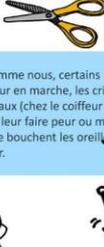
Répondre de façon la plus précise, indiquer si le comportement apparaît :

0. Jamais 1. Parfois 2. Souvent 3. Très souvent 4. Toujours

	OUI	NON	0	1	2	3	4
Communication dans la famille							
Votre enfant manifeste-t-il le désir de communiquer ?							
Utilise-t-il des gestes ou des images pour se faire comprendre ?							
Utilise-t-il des sons ou des mots pour se faire comprendre ?							
Communique-t-il pour combler d'autres choses que ses besoins personnels ?							
Communication dans la fratrie							
Les enfants jouent-ils tous ensemble ?							
Votre enfant va-t-il spontanément vers ses frères et sœurs pour jouer ?							
Votre enfant va-t-il spontanément vers ses frères et sœurs pour une demande ?							
Les frères et sœurs vont-ils spontanément vers votre enfant avec autisme pour jouer ?							
Communication à l'école							
Les autres enfants de l'école vont-ils vers votre enfant pour jouer ?							
Vont-ils vers votre enfant pour lui manifester des marques d'affection ?							
Votre enfant va-t-il vers les autres enfants pour jouer ?							
Votre enfant va-t-il vers les autres enfants pour leur manifester des marques de colère ou d'affection ?							

ANNEXE 6 : Liste des compétences socles de la communication à travailler auprès de l'enfant et transmise à ses différents intervenants

Compétences socles nécessaires à la communication	Moyens pour travailler ces compétences
Poursuite visuelle	Capter le regard de A., le maintenir et favoriser son déplacement. Objets brillants, qui font de la lumière, travail devant la glace, bulles, tablette.
Elan à l'interaction	Elan à l'interaction renforcée par l'utilisation du PECS
Attention conjointe	Nommer, commenter les actions de A. de façon concise et simple. Attirer son attention en lui montrant quelque chose, et en le nommant. Pour travailler l'attention conjointe, il faut que le regard et la poursuite visuelle soient bien en place.
Attention et orientation aux bruits environnant	Rendre A. attentif aux bruits qui l'entourent. Utiliser des objets sonores hors de sa vue pour qu'il s'oriente vers le bruit. Expliquer ce qu'il a entendu.
Mimiques, gestes à visée communicative, gestes symboliques	Gestes de type coucou, bravo, au revoir, envoyer des bisous... Mimer aussi les émotions, les exagérer devant A.
Pointage	Développer son réflexe de pointer. Tablette, éclater les bulles, appuyer sur de la pâte à modeler avec l'index.
Echange et tour de rôle	Jouer aux ballons, aux voitures, s'échanger des objets. L'échange sera d'abord plutôt moteur.
Imitation motrice	Actions de la grille de Camille. Généraliser les imitations avec du matériel diversifié pour les imitations avec objet par la suite.
Compréhension non-verbales	Amener A. à être sensible à toutes les mimiques, expressions du visage. Varier les intonations, utiliser des onomatopées, ajouter des gestes pour favoriser la compréhension (ex. « c'est en dessous » on montre le dessous du bureau)

<p>Refaire toujours les mêmes choses les rassure.</p> <p>Ils ne savent pas jouer de manière appropriée et ils manquent d'imagination.</p>  <p>On peut leur apprendre à jouer ou faire les choses correctement en leur montrant plusieurs fois comment faire.</p>	<p>Ils ne décodent pas les émotions des autres : ça peut les angoisser ou ils peuvent avoir un comportement qui n'est pas approprié.</p> 	<p>Le Comportement</p> 
<p>Ils ne perçoivent pas le monde comme nous</p> <p>La vue </p> <p>Bonjour ! Bonjour !</p> <p>Ils ne voient pas les choses comme nous, ils évitent notre regard et peuvent parfois tourner la tête dans une autre direction lorsqu'on leur parle ou lorsqu'ils regardent un spectacle. Mais ça ne veut pas dire qu'ils ne nous écoutent pas. Ils se concentrent aussi sur des détails qui ont peu d'intérêt pour nous.</p> 	<p>L'ouïe </p>  <p>Ils n'entendent pas comme nous, certains sons comme l'aspirateur en marche, les cris aigus, le bruit des ciseaux (chez le coiffeur par exemple) peuvent leur faire peur ou mal aux oreilles. Alors ils se bouchent les oreilles et peuvent même crier.</p> 	<p>Le toucher </p> <p>Ils n'aiment pas trop qu'on les touche.</p> <p>Au contraire, ils peuvent avoir des gestes maladroits, comme nous serrer très fort.</p> 
<p>L'odorat </p>  <p>Ils ont un odorat très développé. Les odeurs fortes comme celles du poisson et le parfum les dérangent beaucoup.</p> 	<p>Le goût </p>  <p>Ils ne mangent pas autant d'aliments que nous car l'aspect ou la couleur de certains les gênent beaucoup.</p>	<p>Les comportements étranges</p> <p>Ils peuvent parfois se mettre en colère, se faire du mal, casser des choses sans que nous comprenions pourquoi et au contraire se mettre à rire. Mais il y a toujours une raison qui peut être la douleur, la fatigue, le changement d'habitudes.</p> <p>Habitudes Changements</p> <p>Certains sont très agités ce qui les empêche de se concentrer. D'autres aiment se balancer, faire des petits mouvements avec leurs bras, leurs doigts, ... ça les rassurent.</p> 
<p>Tous ces comportements se manifestent lorsqu'ils sont énervés, fatigués, lorsqu'ils s'ennuient ou qu'ils ne comprennent pas. Cependant, ils peuvent être calmes, attentifs et être plus forts que toi dans certains domaines.</p> <p>$0.91 = 3^3 + 1^1 = 10$</p>  <p>Si on s'intéresse à eux, petit à petit, ils apprennent à notre contact et leurs comportements bizarres diminuent.</p>	<p>Maintenant que tu connais un peu mieux l'autisme, tu sais que ces enfants sont comme toi.</p> <p>Ils ne font pas tout comme toi mais ils pensent, ils ont des envies, des émotions...</p> <p>Parfois ils sont tristes, c'est parce que certaines personnes ne les comprennent pas.</p> <p>Tu veux les aider ? Pour cela, tu peux t'intéresser à ce qu'ils savent faire plutôt qu'à ce qu'ils ne savent pas faire. Et peut-être deviendrez-vous des amis !</p> 	<p><i>sur le chemin des écoles</i></p>  <p>Document réalisé par l'association Sur le Chemin des Écoles 1, allée des Montgrosiers 91300 MASSY 01 69 30 00 00 www.surlechemindelescoles.com</p> <p>Tel : 06 86 72 71 96</p> <p>Avec la participation de : Laurie BARRÉ - Psychologue Maud CHIFFO - Psychologue Virginie LISOT-SERAS - Orthophoniste</p> 

ANNEXE 8 : Protocole d'imitation repris de BENDIOUIS, 2015

NIVEAU I	
Imitation de mouvements faciaux et corporels	
Mouvements faciaux	<ul style="list-style-type: none">- Ouvrir et fermer la bouche- Tirer la langue- Serrer les lèvres- Exercices de la mâchoire en imitation- Imiter des sons- Fermer les yeux
Mouvements corporels	<p>1. Mouvements corporels simples inscrits dans le répertoire</p> <ul style="list-style-type: none">- Hausser une épaule- Se balancer- Sauter sur place- Battre les mains- Bouger les doigts de la main- Sucer le pouce- Faire passer un objet d'une main à une autre- Se lever puis s'asseoir sur une chaise <p>2. Mouvements corporels impliquant une trajectoire</p> <p>2.1. Sur le corps</p> <ul style="list-style-type: none">- Se toucher la tête- Applaudir- Taper une main sur l'autre- Se tapoter les épaules- Faire au revoir- Se toucher le pied- Lever la main droite, lever la main gauche- Montrer du doigt deux parties du corps <p>2.2. Sur l'espace physique environnant</p> <ul style="list-style-type: none">- Taper les mains sur la table- Se tenir sur un pied- Aligner des objets- Taper du pied sur le sol

	<ul style="list-style-type: none"> - Lancer un ballon - Donner un coup de pied dans un ballon - Appuyer deux fois sur une sonnette - Monter et descendre d'un tabouret - Taper sur la table avec une cuillère - Taper sur la table en tenant deux cubes dans chaque main - Faire une tour avec six cubes
Imitation d'actions avec des objets	
Actions familières avec des objets courants	<ul style="list-style-type: none"> - Se servir de la cuillère par imitation - Se servir de la tasse par imitation - Se servir du peigne par imitation - Se servir de la brosse à dent par imitation - Mettre les cubes dans une boîte à tour de rôle - Tourner les pages d'un livre par imitation - Mettre les lunettes sur les yeux - Enlever le cartable par imitation - Enlever la veste par imitation
Actions familières avec des objets nouveaux	<ul style="list-style-type: none"> - Taper sur un tambour - Faire une boule avec de la pâte à modeler - Faire un boudin avec de la pâte à modeler - Insérer trois formes dans un encastrement par imitation - Enfiler des perles - Enlever des perles
Actions non familières avec des objets courants	<ul style="list-style-type: none"> - Prendre un livre et le mettre sur la tête - Prendre deux tasses et les mettre sur chaque épaule - Mettre un stylo dans une bouteille - Se brosser les cheveux à l'aide d'une cuillère - Mettre le chapeau derrière de dos - Mettre une boîte sur la tête - Prendre deux tasses et les mettre sur les oreilles
Actions non familières avec des objets nouveaux	<ul style="list-style-type: none"> - Enfoncer trois bâtonnets dans la pâte à modeler - Prendre des jumelles et les mettre à côté des oreilles - Mettre un sifflet derrière les oreilles - Prendre une flute et la mettre sur deux cubes - Accrocher des pinces à linges sur ses vêtements - Enrouler un lacet au tour d'un stylo

	<ul style="list-style-type: none"> - Prendre deux anneaux et les mettre sur les yeux
Séquence d'enchaînement d'actions familières	<ul style="list-style-type: none"> - Saisir avec une main un objet de la grosseur d'un poids et le mettre dans une boîte - Enlever et mettre le chapeau sur la tête - Dévisser une bouteille, faire semblant de verser de l'eau puis boire
Séquence d'enchaînement d'actions non familières	<ul style="list-style-type: none"> - Déposer un objet en équilibre sur un autre, les relâcher, puis les aligner - Prendre une tasse, la mettre dans un anneau puis prendre une boule de pâte à modeler et la mettre dans la tasse - Prendre la flute, la mettre sous les épaules puis prendre un livre et le mettre sur la tête
Séquence d'enchaînement d'actions familières et non familières	<ul style="list-style-type: none"> - Insère deux formes dans un encastrement puis tape deux fois sur la table - Mettre un stylo sur la tête puis prendre un chapeau et le mettre sur la tête - Couper du papier avec des ciseaux puis prendre le peigne et brosser le papier

NIVEAU II	
Imitation de gestes significatifs et non significatifs	
Imitation de gestes significatifs	<ul style="list-style-type: none"> - « Bravo » - « Non » - « Stop » - « Viens-ici » - « Oui » - « Chut » - « A moi » - « Super » - Se frotter le ventre « C'est bon ! » - Lever le doigt pour demander la permission
Imitation de gestes non significatifs	<ul style="list-style-type: none"> - Lever l'auriculaire - Se tapoter les joues - Main à l'envers sur la tête - Main ouverte contre le nez

	<ul style="list-style-type: none"> - Index de la main droite contre l'index de la main gauche - Pouce de la main droite contre l'index de la main gauche
Imitation d'actions concrètes et d'actions symboliques	
Imitation des actions concrètes	<ul style="list-style-type: none"> - Gribouiller par imitation - Trier des formes par imitation - Enlever et mettre son manteau par imitation - Copier une ligne verticale - Copier une ligne horizontale - Essuie la table par imitation - Trier des couleurs par imitation - Prendre le savon, se laver puis s'essuie les mains - Danser par imitation - Copier des formes et des lettres par imitation - Dessiner un bonhomme par imitation
Imitation des actions symboliques	<ul style="list-style-type: none"> - Faire semblant de verser puis boire de l'eau par imitation - Faire manger une poupée par imitation - Faire dormir une poupée - Faire semblant de couper une pomme avec un couteau - Simuler un accident avec deux voitures - Faire semblant de laver les mains d'une poupée - Faire semblant de faire du repassage par imitation - Faire semblant de préparer un repas - Faire semblant de servir un repas - Faire semblant de faire manger et de faire boire un animal en peluche

ANNEXE 9 : Synthèse des recommandations de bonne pratique de la Haute Autorité de Santé dans la prise en charge des enfants autistes (2012)



Autisme et autres TED¹

Interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent

Mars 2012

ASSOCIER L'ENFANT/ADOLESCENT ET SES PARENTS – PORTER ATTENTION À LA FRATRIE

L'enfant/adolescent dispose de droits. Il doit être reconnu dans sa dignité, avec son histoire, sa personnalité, ses rythmes, ses désirs propres et ses goûts, ses capacités et ses limites. L'éducation et les soins visent à favoriser son épanouissement personnel, sa participation à la vie sociale et son autonomie, ainsi que sa qualité de vie.

AE	<ul style="list-style-type: none">• Respecter la singularité de l'enfant/adolescent et de sa famille.• Informer l'enfant/adolescent, l'associer et rechercher sa participation aux décisions qui le concernent eu égard à son niveau de maturité et de compréhension.• Tenir compte des goûts et centres d'intérêt de l'enfant/adolescent.• Utiliser des modalités d'information et des supports de communication adaptés et notamment, mettre à disposition de l'enfant/adolescent ses moyens de communication habituels.• Co-élaborer le projet d'interventions avec les parents.• Mener une réflexion approfondie sur l'accueil des parents et de leur enfant.• Informer les parents et s'assurer de leur compréhension concernant les indications, objectifs et moyens mis en œuvre, dans le cadre des évaluations et interventions.• Faciliter l'écoute, la prise en compte de la parole et le soutien de l'enfant/adolescent, de ses parents et de sa fratrie et leur proposer différentes modalités d'appui.
C	<ul style="list-style-type: none">• Recourir le plus tôt possible, et de manière cohérente dans ses différents lieux de vie, aux outils de communication alternative ou augmentée pour l'enfant/adolescent s'exprimant peu oralement.

1. TED : troubles envahissants du développement.

ÉVALUER RÉGULIÈREMENT LE DÉVELOPPEMENT DE L'ENFANT/ADOLESCENT

Les évaluations du développement de l'enfant/adolescent et de son état de santé ont pour finalité de définir et ajuster les interventions qui lui sont proposées dans le cadre d'un projet personnalisé d'interventions et de s'assurer de la cohérence du projet au regard de l'actualisation du diagnostic ou des connaissances. Ces évaluations ne se réduisent pas à la détermination d'un diagnostic nosologique pour l'enfant/adolescent ou à celle d'un score mais visent à mettre en avant ses ressources, ses potentialités et ses capacités adaptatives et à déterminer ses besoins.

Évaluation initiale réalisée en phase de diagnostic

AE

- Avec l'accord des parents, effectuer une évaluation initiale du fonctionnement de leur enfant au plus tard dans les 3 mois après la première consultation ayant évoqué un trouble du développement.

Évaluation effectuée dans le cadre du suivi de l'enfant/adolescent

L'hétérogénéité des profils cliniques et de l'évolution des enfants/adolescents avec TED nécessite une évaluation régulière, multidimensionnelle et pluriprofessionnelle effectuée par des professionnels expérimentés et formés à l'examen des différents domaines listés dans le Tableau 1.

AE

- Réaliser au minimum une fois par an par l'équipe d'interventions une évaluation dans l'ensemble des domaines listés dans le Tableau 1 afin de suivre l'évolution du développement de l'enfant/adolescent (fonctionnement et participation) et de son état de santé.
- Compléter l'examen somatique/physique et les observations cliniques structurées annuelles par des observations informelles du fonctionnement et de la participation de l'enfant/adolescent réalisées dans ses différents lieux de vie de manière continue par les parents et par les professionnels au cours des interventions proposées.
- En faire, au cours d'une réunion, une synthèse dans une vision globale du développement de l'enfant/adolescent, tenant compte de son caractère unique ainsi que celui de sa famille.
- S'appuyer sur des compétences médicales, psychologiques, paramédicales et éducatives actualisées. Des compétences relatives au développement et au fonctionnement neuropsychologique de l'enfant/adolescent avec TED sont nécessaires. Tenir compte des évaluations réalisées par les équipes pédagogiques dans le cadre des apprentissages scolaires.
- S'assurer de la cohérence du projet au regard de l'actualisation du diagnostic ou des connaissances par des évaluations complémentaires tous les 2 ans entre 2 et 6 ans puis aux âges ou situations de transition.
- Former et mettre à disposition de toute équipe d'interventions les outils suivants : échelle d'évaluation de l'autisme infantile (CARS), échelle de comportements adaptatifs de Vineland, échelle des comportements autistiques (ECA), échelle de communication sociale précoce (ECSP), profil psycho-éducatif (PEP-3 et AA-PEP), ainsi que les outils standardisés non spécifiques aux TED pour le langage et le développement sensoriel et moteur.

Tableau 1. Domaines dans lesquels une évaluation régulière est nécessaire

CIF*	Domaines	Suivi du développement au minimum annuel (AE)
Fonctionnement	Communication et langage	<ul style="list-style-type: none"> • Attention conjointe, imitation, initiation et respect du tour de communication. • Langage (oral et écrit) dans ses versants réceptif et expressif et dimensions phonologique, lexicale, sémantique, syntaxique et pragmatique.
	Interactions sociales ou socialisation	<ul style="list-style-type: none"> • Initiier, maintenir, mettre fin aux échanges dans différentes situations et différents lieux (jeu, échanges avec sa famille, ses pairs, les professionnels, des personnes étrangères, à la maison, à la crèche, à l'école, etc.).
	Cognitif	<ul style="list-style-type: none"> • Attention, mémoire, représentation dans le temps et l'espace, anticipation et planification des actions, processus de pensée et langage ; modalités particulières de fonctionnement.
	Sensoriel et moteur	<ul style="list-style-type: none"> • Repérage des troubles auditifs ou visuels, des modalités sensorielles préférentielles et des réactions inhabituelles à certaines expériences sensorielles tactiles, proprioceptives, auditives, visuelles, gustatives ou olfactives. • Suivi du développement de la motricité globale et fine, de la régulation tonique, du schéma corporel, des praxies et gnoses.
	Émotions et comportement	<ul style="list-style-type: none"> • Développement psychoaffectif, reconnaissance et expression des émotions, intérêts spécifiques. • Identification des comportements alimentaires particuliers, des comportements problématiques et de leurs conditions de survenue. • Retenissement de la puberté sur le comportement dans ses dimensions affectives et sexuelles. • Repérage de l'anxiété, dépression, déficit de l'attention - hyperactivité.
	Somatique	<ul style="list-style-type: none"> • Suivi médical et des actions de prévention et promotion de la santé comme pour tout enfant (vaccinations, repérage du risque carieux, des troubles auditifs ou visuels, du sommeil, de l'alimentation, de la propreté, etc.). • Repérage des pathologies suivantes : épilepsie, scoliose si syndrome de Rett.
Activités et participation	Autonomie dans les activités quotidiennes	<ul style="list-style-type: none"> • Autonomie pour l'entretien personnel (ex. : se laver, aller aux toilettes, s'habiller, manger, boire, prendre soin de sa santé, veiller à sa sécurité), les activités de la vie domestique (ex. : faire des courses, etc.). • Participation à la vie communautaire, sociale et civique (ex. : participer à des activités de loisirs, à la vie sociale, etc.).
	Apprentissages, en particulier scolaires et préprofessionnels	<ul style="list-style-type: none"> • Suivi du cursus scolaire ou de formation professionnelle (accès, maintien et progression dans le cursus) et nombre d'heures de scolarisation effective par semaine selon le type d'établissement et de classe (milieu ordinaire ou adapté) et cohérence avec le plan personnalisé de scolarisation. • Évaluations des acquis scolaires ou professionnels effectuées par les enseignants et formateurs de formation professionnelle.

* CIF : classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé

Tableau 1. Domaines dans lesquels une évaluation régulière est nécessaire (suite)

CIF	Domaines	Suivi du développement au minimum annuel (AE)
Facteurs environnementaux	Environnement familial	<ul style="list-style-type: none"> • Composition de la famille, organisation et relations intrafamiliales ; soutien social sur lequel peut compter la famille ; préservation de l'équilibre et de la qualité de vie de la famille ; ressources pour faire face au stress. • Compréhension du diagnostic et de l'évolution du développement de leur enfant, connaissances et compétences des parents concernant les TED. • Situation financière et démarches sociales mises en œuvre. • Satisfaction vis-à-vis du projet mis en œuvre ou envisagé ; besoins et ressources de l'ensemble des membres de la famille.
	Environnement matériel	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité et cohérence dans chacun des lieux de vie des outils de communication et des repères spatiaux, temporels, sensoriels nécessaires à l'enfant/adolescent.

LIER ÉVALUATIONS ET ÉLABORATION DU PROJET PERSONNALISÉ

Les évaluations du développement de l'enfant/adolescent et de son état de santé ont pour finalité de définir et ajuster les interventions qui lui sont proposées dans le cadre d'un projet personnalisé d'interventions.

Quel que soit l'âge de l'enfant/adolescent, l'intensité et le contenu des interventions doivent être fixés en fonction de considérations éthiques visant à limiter les risques de sous-stimulation ou au contraire de sur-stimulation de l'enfant/adolescent.

Les parents doivent recevoir une information éclairée sur les bénéfices attendus et les risques possibles des différentes investigations, traitements ou actions de prévention. Ils ont le droit de s'opposer à ces interventions, sous réserve que ce refus ne risque pas d'entraîner des conséquences graves pour la santé de l'enfant (ex. : risque vital ou de séquelles graves). (articles L.1111-2 et 1111-4 du Code de la santé publique).

AE	<ul style="list-style-type: none"> • Discuter des résultats des évaluations avec l'enfant/adolescent et ses parents, au cours de la réunion de synthèse ou de manière différée, en vue de co-élaborer ou d'actualiser le projet personnalisé d'interventions ; leur en communiquer par écrit une synthèse, transmise au médecin traitant, sauf opposition des parents. • Mentionner dans le projet personnalisé les objectifs fonctionnels à atteindre dans chacun des domaines ciblés à l'issue de l'évaluation, les moyens proposés pour les atteindre (types d'activités, techniques, etc.), les professionnels compétents pour les mettre en œuvre (secteur éducatif, pédagogique et thérapeutique) et les échéances de réévaluation des objectifs. • Échanger régulièrement avec l'enfant/adolescent et sa famille et, si les parents n'y sont pas opposés, entre professionnels autour des observations informelles continues du fonctionnement et de la participation de l'enfant/adolescent réalisées dans ses différents lieux de vie et au cours des interventions, afin d'ajuster les objectifs fonctionnels visés par les interventions, de suivre leur efficacité pour cet enfant/adolescent et de s'assurer de la généralisation de ses acquis. • Discuter et adapter le choix des méthodes utilisées et les modalités de leur application quand il n'y a pas de progrès évidents au bout de quelques mois.
-----------	---

INTERVENIR PRÉCOCEMENT DE MANIÈRE GLOBALE ET COORDONNÉE

Les interventions évaluées mettent en évidence une amélioration du quotient intellectuel, des habiletés de communication, du langage, des comportements adaptatifs ou une diminution des comportements problématiques pour environ 50 % des enfants avec TED, avec ou sans retard mental.

Aucune approche éducative ou thérapeutique ne peut prétendre restaurer un fonctionnement normal ou améliorer le fonctionnement et la participation de la totalité des enfants/adolescents avec TED.

Pour les parents, être particulièrement prudents vis-à-vis d'interventions présentées comme permettant de supprimer complètement les manifestations des TED, voire de guérir leur enfant.

Intervenir dans les 3 mois suivant le diagnostic

B	<ul style="list-style-type: none">• Mettre en œuvre dans les 3 mois suivant le diagnostic un projet personnalisé d'interventions précoces, globales et coordonnées pour tous les enfants avec TED, qu'il y ait ou non retard mental associé.
C	<ul style="list-style-type: none">• Dès qu'un trouble du développement est constaté et lorsque les interventions globales ne sont pas disponibles dans les 3 mois suivant le diagnostic, proposer dans un premier temps aux parents et à leur enfant des interventions ciblées sur le développement de la communication et du langage, afin d'améliorer les interactions sociales entre l'enfant/adolescent et son environnement. La mise en œuvre d'interventions globales doit ensuite prendre le relais dès que possible.

Intervenir de manière globale et coordonnée

B	<ul style="list-style-type: none">• Débuter avant 4 ans des interventions personnalisées, globales et coordonnées, fondées sur une approche éducative, comportementale et développementale.• Une intervention globale ne peut pas consister en une juxtaposition de pratiques éducatives, pédagogiques, rééducatives ou psychologiques avec des techniques très hétérogènes ou éclectiques.• Utiliser un mode commun de communication et d'interactions avec l'enfant.• Individualiser et prioriser les interventions en fonction de l'évaluation initiale et continue du développement de l'enfant avec TED et tenant compte des étapes typiques de développement dans les différents domaines.• Viser l'amélioration du développement de l'enfant dans plusieurs domaines (caractère global des interventions) : imitation, langage, communication, jeu, interactions sociales, organisation motrice et planification des actions, capacités adaptatives des comportements dans la vie quotidienne ; tenir compte également des domaines émotionnel et sensoriel (accord d'experts).• Impliquer les parents pour assurer la cohérence des modes d'interactions avec l'enfant et la généralisation des acquis : leur offrir la possibilité, sans leur imposer, de participer à des séances éducatives et thérapeutiques, à un accompagnement, une formation ou un programme d'éducation thérapeutique.
----------	--

B	<ul style="list-style-type: none"> • Organiser les interventions selon les caractéristiques ayant fait preuve de leur efficacité : équipes formées et supervisées, taux d'encadrement d'un adulte pour un enfant, rythme hebdomadaire d'au moins 20-25 heures par semaine. Ces durées, qui respectent les rythmes physiologiques du sommeil en fonction de l'âge, comprennent les temps de scolarisation avec accompagnement individuel adapté.
C	<ul style="list-style-type: none"> • Adapter et structurer l'environnement matériel de l'enfant à ses particularités (espace, temps, environnement sonore, etc.). • Intégrer des stratégies pour prévenir ou réduire la fréquence ou les conséquences des comportements problèmes. • Au-delà de 4 ans, proposer des interventions spécifiques focalisées sur un ou deux domaines particuliers, soit isolément si l'enfant/adolescent ne présente pas de retard mental associé, soit en complément des interventions globales proposées si l'enfant/adolescent présente un faible niveau de développement de la communication, des interactions sociales et du fonctionnement cognitif ou s'il présente une grande hétérogénéité des niveaux de compétences par domaine.
AE	<ul style="list-style-type: none"> • Au-delà de 4 ans, la mise en place ou la poursuite des interventions s'effectue selon des dispositifs différents en fonction du profil de développement de l'enfant/adolescent et de la sévérité des symptômes.

ASSURER COHÉRENCE, CONTINUITÉ ET COMPLÉMENTARITÉ DES INTERVENTIONS TOUT AU LONG DU PARCOURS DE L'ENFANT/ADOLESCENT

AE	<ul style="list-style-type: none"> • Formaliser le projet personnalisé d'interventions porté par l'équipe d'interventions en cohérence et complémentarité avec le projet de vie de l'enfant/adolescent et de ses parents et, lorsque l'enfant/adolescent est reconnu en situation de handicap par la MDPH, avec le plan personnalisé de compensation (PPC) et le projet personnalisé de scolarisation (PPS). • Désigner, au sein de l'équipe d'interventions, un professionnel ou un binôme, chargé d'assurer la coordination des interventions dans le cadre de la mise en œuvre du projet de l'enfant/adolescent et dont les missions et les modalités de désignation sont définies dans le projet d'établissement ou de service. • Être vigilant et préparer les périodes et situations de transition. • Mettre en place un dossier commun ou consultable dans le respect des règles déontologiques propres à chaque profession, actualisé une fois par mois. • Transmettre, sauf opposition des parents, les éléments d'information essentiels à la compréhension du fonctionnement et du parcours de l'enfant/adolescent lors de changement de structure ou d'équipe. • Superviser les échanges entre professionnels au moins une fois par trimestre par un professionnel expérimenté, psychiatre ou psychologue, et les tracer par écrit. • Réaliser régulièrement tous les 2 ou 3 ans une formation permettant l'actualisation des connaissances sur l'autisme et les TED et les interventions recommandées. • Organiser des réunions d'information et de sensibilisation auprès des équipes des établissements scolaires et en particulier auprès des enseignants sur les caractéristiques des enfants/adolescents avec TED et les aménagements susceptibles de faciliter leur apprentissage (structuration de l'espace, du temps, adaptation de l'information avec utilisation de supports visuels et fragmentation des étapes d'apprentissage, etc.).
-----------	---

Grade des recommandations

A	B	C	AE
Preuve scientifique établie	Présomption scientifique	Faible niveau de preuve	Accord d'experts

© Haute Autorité de Santé – F.SAUTISMES

HAS

Ce document présente les points essentiels de la recommandation de bonne pratique :

« Autisme et autres troubles envahissants du développement : interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent » - Recommandations par consensus formalisé – Mars 2012.

Ces recommandations et l'argumentaire scientifique sont consultables dans leur intégralité sur www.has-sante.fr et sur www.anesm.sante.gouv.fr au format des recommandations de l'Anesm.

L'enfant autiste non-verbal : mise en place d'un atelier de communication axé sur l'imitation au sein d'une fratrie

RÉSUMÉ

De récentes études mettent en évidence l'intérêt de renforcer l'imitation chez les enfants autistes non-verbaux afin de favoriser le développement de leur communication. Actuellement, la plupart des grands courants de prises en charge de l'enfant autiste s'orientent vers des approches qui incluent la famille. Les recommandations de la Haute Autorité de Santé préconisent en outre une attention particulière aux membres de la fratrie de l'enfant porteur d'autisme. A partir de ces deux postulats, nous avons exploré l'intérêt de mettre en place un travail axé sur l'imitation au sein d'une fratrie dont l'un des enfants est porteur d'autisme. Ce travail favoriserait le développement de la communication de l'enfant autiste non-verbal et favoriserait les interactions sociales de l'enfant autiste au cœur de sa fratrie et de sa famille. Une étude de cas a ainsi été réalisée durant quatre mois auprès d'un enfant autiste non-verbal et de sa fratrie. Notre protocole expérimental a consisté à mettre en place un travail spécifique faisant appel aux pré-requis de la communication et mettant en œuvre différentes modalités de l'imitation décrites par Jacqueline NADEL. Des séances de quarante-cinq minutes à raison de deux séances hebdomadaires ont été menées. Notre travail expérimental a été précédé et conclu d'un bilan objectivant l'évolution des compétences communicatives et imitatives de l'enfant évalué. L'élaboration d'une grille d'évaluation ainsi que l'utilisation de l'ECSP nous a renseigné sur les compétences communicationnelles et imitatives de l'enfant. A l'aide d'un questionnaire, nous avons évalué l'évolution de la communication et des interactions de l'enfant autiste au sein de sa famille, de sa fratrie et de son lieu de scolarisation. Nos résultats objectivent l'intérêt des ateliers de communication dans le renforcement de l'imitation et de la communication ainsi que dans le renforcement des interactions au sein de la fratrie et de la famille.

Mots-clés : Autisme – Non-verbal – Communication – Imitation – Interactions sociales – Fratrie

ABSTRACT

Recent studies brought to light the interest of reinforcing the imitation skills of non-verbal autistic children to develop their communication. Current popular methods are oriented towards working with the autistic child and family. Thus, the French High Health Authority recommends that professionals be attentive towards the autistic child's siblings. From these two main points, the present study attempted to show that working to improve imitation skills between an autistic child and his siblings helps the autistic child in his communication and his social interactions in the family and the fraternal relationships. An individual case study was led for four months : the participants were a non-verbal autistic boy and his siblings. Our method was composed of exercises in implementing communication skills and a training of imitation skills described by Jacqueline NADEL. Each session lasted forty-five minutes and was given twice a week. This training was given after a first assessment part and then followed by a second assessment to register the child's progress. Using the ECSP and creating an evaluation scale helped us to assess the communication and imitation implementation skills. Moreover, the creation of a survey helped us to assess the communication and social interactions of the autistic child towards his family, his siblings, and his classmates at school. Our results show the interest of the communicative sessions between the autistic child and his siblings to improve his communication and social interactions.

Keys words : Autism – Non-verbal – Communication – Imitation – Social Interaction – Siblings