



**Université Lille 2**  
**Droit et Santé**



**Institut d'Orthophonie**  
**Gabriel DECROIX**

# **MEMOIRE**

En vue de l'obtention du  
Certificat de Capacité d'Orthophonie  
présenté par :

**Emilie ALBERT - Pauline JEANSON**

soutenu publiquement en juin 2011 :

**A la rencontre des enfants avec un trouble envahissant du développement non spécifié**  
**Quelles sont les caractéristiques de ce trouble ?**  
**Quelle(s) évaluation(s) proposer ?**

MEMOIRE dirigé par :

**Madame LORENDEAU Anne**, orthophoniste, ITEP de Croix (59)

Lille – 2011

A tous ces enfants pour qui communiquer est à créer...

## Remerciements

Nous tenons à remercier en premier lieu Madame Anne Lorendeau, notre maître de mémoire, pour ses conseils, son écoute et sa disponibilité. Nous remercions tout particulièrement les enfants qui ont accepté de participer à notre étude. Nos remerciements s'adressent également à tous les professionnels qui ont répondu à nos questions et/ou qui nous ont accordé du temps lors d'entretiens. Un grand merci aussi aux professionnels des différentes structures pour leur accueil et leur gentillesse.

Nous remercions nos maîtres de stage pour nous avoir accompagnées tout au long de cette année, pour leurs conseils et leur disponibilité.

Enfin nous remercions nos familles et amis pour leur soutien durant ces quatre années.

### **Résumé :**

Dans un premier temps, après un rapide historique de l'autisme, une étude des classifications des troubles envahissants du développement et un rappel du développement de la communication verbale et non verbale chez l'enfant tout-venant, nous avons exposé les troubles de la communication chez l'enfant autiste, pathologie qui nous sert de référence. Les structures accueillant les enfants avec un TED non spécifié ont également été présentées. Dans un second temps, après avoir présenté les enfants rencontrés et étudié leurs dossiers, nous avons effectué une évaluation de la communication chez ces enfants et exploité leurs résultats afin de faire ressortir des spécificités par rapport aux enfants autistes. Nous avons observé que ces enfants possèdent de bonnes capacités d'attention conjointe, d'interactions sociales et de langage compréhensif, capacités absentes chez les enfants autistes. Néanmoins, les enfants évalués montrent des difficultés dans les domaines de la régulation du comportement, de l'imitation et des expressions émotionnelles ce qui les rapprochent des enfants autistes. Des questionnaires soumis aux professionnels, pédopsychiatres et orthophonistes, révèlent un diagnostic peu clair, allant de l'autisme à un trouble envahissant du développement, mais n'étant pas posé comme un TED non spécifié. La prise en charge orthophonique est basée sur la communication verbale et non verbale pouvant passer par des moyens augmentatifs voire alternatifs. Celle-ci n'apparaît alors pas totalement différente de celle des enfants autistes.

### **Mots-clés :**

Communication

Evaluation

Prise en charge orthophonique

Classifications

Troubles envahissants du développement

Autisme

**Abstract :**

First of all, after a brief history about autism, a classification study of pervasive developmental disorder (PDD) and a reminder on verbal and non-verbal communication development related to common child, we discussed about communication disorders of the autistic child, our reference pathology. Institutions taking care of children with PDD not otherwise specified were also presented. After presenting the children met and studying their folders, we carried out an evaluation of the communication of these children and we analysed their results in order to highlight some particularities in comparison with autistic children. We have observed that these children have good abilities of joint attention, social interactions, and comprehensive language, which are absent for autistic children. Nevertheless, evaluated children show difficulties in domains such as behavior regulation, imitation, and emotional expressions which make them close to autistic children. Some questionnaires submitted to professionals, child psychiatrists and speech therapists, give a confused diagnostic, from autism to PDD, but without revealing a PDD not otherwise specified. The speech therapy is based on verbal and non-verbal communication using augmentative and alternative means. The therapy appears to be close to the autistic children one .

**Keywords :**

Communication

Evaluation

Speech therapy

Classification

Pervasive developmental disorder

Autism

## Table des matières

<b>Introduction.....</b>	<b>8</b>
<b>Contexte théorique, buts et hypothèses.....</b>	<b>10</b>
<b>1.Historique de l'appellation «autisme».....</b>	<b>11</b>
<b>2.Classification des troubles envahissant du développement (TED): .....</b>	<b>13</b>
2.1.Le trouble autistique (DSM IV) ou autisme infantile (CIM 10) .....	14
2.2.Le syndrome de Rett (DSM IV, CIM 10 et CFTMEA).....	15
2.3.Le trouble désintégratif de l'enfance (DSM IV, CIM 10, CFTMEA) .....	15
2.4.Le syndrome d'Asperger (DSM IV, CIM 10, CFTMEA) .....	16
2.5.L'hyperactivité associée à un retard mental et à des mouvements stéréotypés (CIM 10, CFTMEA) .....	16
2.6.L'autisme atypique (CIM10, CFTMEA) .....	16
2.7.Les troubles envahissants du développement non spécifiés (DSM IV, CIM10, CFTMEA) .....	17
<b>3.La communication verbale et non verbale.....</b>	<b>19</b>
3.1.La communication et le langage chez l'enfant tout-venant.....	19
3.1.1.Les modèles de communication.....	19
3.1.1.1.Le modèle de Jakobson (1963).....	19
3.1.1.2.Le modèle de Halliday (1975).....	21
3.1.1.3.Le modèle de Bloom et Lahey (1978).....	22
3.1.2.Le développement du langage oral.....	23
3.1.3.La communication non verbale.....	27
3.2.Les troubles de la communication dans l'autisme infantile.....	28
3.2.1.Symptomatologie.....	29
3.2.1.1.Troubles des interactions sociales.....	29
3.2.1.2.Restriction du champ des intérêts, pauvreté du jeu, résistance au changement.....	29
3.2.1.3.Troubles de l'attention.....	29
3.2.1.4.Troubles cognitifs.....	30
3.2.1.5.Troubles sensori-moteurs.....	30
3.2.2.Les troubles de la communication.....	30
3.2.2.1.Formes cliniques des troubles du langage dans l'autisme.....	30
3.2.2.2.Troubles entourant le langage.....	31
<b>4.Structures d'accueil des enfants présentant un TED non-spécifié.....</b>	<b>33</b>
4.1.Les Instituts Médico - Educatifs, I.M.E.....	33
4.2.Les Instituts Thérapeutiques Educatifs et Pédagogiques, ITEP.....	33
4.3.La pédopsychiatrie, l'hôpital de jour.....	34
4.4.Les Services d'Education et de Soins Spécialisés à Domicile, SESSAD.....	34
4.5.La Classe pour l'Inclusion Scolaire, CLIS autisme .....	35
<b>5.Buts .....</b>	<b>37</b>
<b>Sujets et méthodes.....</b>	<b>38</b>
<b>1.Tests utilisés.....</b>	<b>40</b>
1.1.Batterie d'Evaluation Cognitive et Socio-émotionnelle, BECS.....	40
1.1.1.Domaine cognitif.....	41
1.1.2.Domaine socio-émotionnel .....	42
1.2.Check-list for Autisme Toddlers, C.H.A.T.....	45
<b>2.Présentation des enfants.....</b>	<b>48</b>

<b>3.Questionnaires.....</b>	<b>49</b>
<b>Résultats.....</b>	<b>50</b>
<b>1.Résultats des observations réalisées.....</b>	<b>51</b>
1.1.Enfants rencontrés à l'ITEP .....	51
1.1.1.Cas d'Antoine.....	51
1.1.2.Cas de Pierre.....	56
1.1.3.Cas de Maxime.....	60
1.2.Enfants rencontrés en pédopsychiatrie .....	66
1.2.1.Cas de Paul.....	66
1.2.2.Cas de Ronan.....	73
1.2.3.Cas de Théo.....	81
1.3.Enfants rencontrés à l'IME .....	86
1.3.1.Cas d'Emile.....	86
1.3.2.Cas de Yann.....	92
1.4.Conclusion des observations.....	100
1.4.1.ITEP .....	100
1.4.2.IME et service de pédopsychiatrie .....	101
1.4.3.Mise en évidence des spécificités de ces enfants.....	101
<b>2.Résultats des questionnaires destinés aux professionnels.....</b>	<b>103</b>
2.1.Synthèse des réponses des pédopsychiatres.....	103
2.2.Synthèse des réponses des orthophonistes.....	104
<b>Discussion.....</b>	<b>106</b>
<b>Conclusion.....</b>	<b>117</b>
<b>Bibliographie.....</b>	<b>120</b>
<b>Annexes.....</b>	<b>124</b>
Annexe n°1 : questionnaire destiné aux professionnels.....	125
Annexe n°2 : questionnaire destiné aux parents.....	127
Annexe n°3 : description de la séance d'Antoine.....	129
Annexe n°4 : description de la séance de Pierre.....	132
Annexe n°5 : description de la séance de Maxime.....	135
Annexe n°6 : description de la séance de Paul.....	139
Annexe n°7 : description de la séance de Ronan.....	143
Annexe n°8 : description de la séance de Théo.....	146
Annexe n°9 : description de la séance d'Emile.....	149
Annexe n°10 : description de la séance de Yann.....	151
Annexe n°11 : tableaux de cotation des niveaux par domaine, pour le domaine socio-émotionnel.....	152
Annexe n°12 : réponses au questionnaire d'une orthophoniste des deux-Sèvres .....	156
Annexe n°13 : transcription des réponses au questionnaire du Docteur Andrieu (Lille) .....	157
Annexe n°14 : transcription des réponses au questionnaire du médecin psychiatre de l'IME de Marcq-en-Baroeul.....	161
Annexe n°15: transcription des réponses au questionnaire de médecins psychiatres du service de pédopsychiatrie .....	163
Annexe n°16 : transcription des réponses au questionnaire des orthophonistes du Nord (59) .....	165
Annexe n°17 : transcription des réponses au questionnaire des orthophonistes des Deux-Sèvres (79) .....	167

# Introduction

Le terme Trouble Envahissant du Développement, TED, comprend, entre autres, les troubles envahissants du développement non spécifiés et l'autisme. Ce dernier est particulièrement étudié et relaté dans la littérature par les auteurs et les spécialistes. De plus, la personne autiste est particulièrement entourée par de nombreuses associations de parents. En ce qui concerne les enfants avec un trouble envahissant du développement non spécifié, il n'existe que très peu de littérature et aucune association les concernant en particulier.

Nous avons donc choisi de nous intéresser à ces enfants. En effet, nous voulons savoir qui ils sont, quelles sont leurs capacités, leurs difficultés. De plus, en s'appuyant sur nos rencontres avec ces enfants et les professionnels les encadrant, nous voulons savoir comment les évaluer et quelles prises en charge leur proposer. Nous voulons également nous intéresser au sens large à la psychiatrie, et notamment au terme « psychotique » qui n'apparaît plus dans toutes les classifications et qui provoque de nombreux débats.

A travers l'évaluation d'enfants avec un TED non spécifié et l'étude de leur dossier, nous voulons voir s'il existe des différences ou des ressemblances avec les enfants autistes. De plus, il nous paraît intéressant de savoir si ces enfants bénéficient de la même prise en charge orthophonique que les enfants autistes sur le plan de la communication verbale et non verbale, ou si leur prise en charge comporte des spécificités. De même, nous allons essayer d'avoir le point de vue de leurs parents et des professionnels les prenant en charge, concernant leurs difficultés et leurs capacités au quotidien.

Notre mémoire va donc se décliner en plusieurs temps ; le premier consistera en un rapide historique de l'autisme, suivi d'un rappel sur les classifications des troubles envahissants du développement, la communication verbale et non verbale et les structures accueillant ces enfants. Le second présentera les différents tests utilisés et enfants participant à notre étude. Le troisième temps sera consacré à l'évaluation des enfants avec un TED non spécifié et permettra de mettre en évidence leurs difficultés et leurs capacités ainsi que les prises en charges proposées, notamment en orthophonie. Le dernier temps concernera le point de vue des parents et des professionnels sur cette pathologie.

# Contexte théorique, buts et hypothèses

## 1. Historique de l'appellation «autisme»

Le terme «autisme» a été employé au début du 20<sup>ème</sup> siècle, à partir de la racine grecque «autos» qui signifie «soi-même». Il a été utilisé pour la première fois en 1911 dans le livre «Démences précoces ou groupe des schizophrénies » écrit par un psychiatre suisse, Eugen Bleuler.

Au 19<sup>ème</sup> siècle, on parlait des idiots. Même avant, dans la Grèce antique, *idiotes* signifiait celui qui ne participe pas à la vie publique, ce qui faisait passer ces personnes pour des déficients intellectuels. Mais dès 1800, cette notion d'idiotisme se retrouve au cœur d'une controverse scientifique. Dans cette même période, les aliénistes Pinel et Esquirol opposeront le fou, malade justiciable de soins et parfois curable, à l'idiot, infirme, enfermé dès la naissance dans un destin immobile.

Au 20<sup>ème</sup> siècle, on s'intéresse aux enfants qui ne sont pas déficients intellectuels de naissance mais qui semblent devenir « fous » après une période de développement normal. On parle alors de démence précoce. Eugen Bleuler, propose la notion de schizophrénie en 1911. Le mot idiot, lui, a disparu des termes scientifiques. Bleuler invente alors le terme d'autisme dont le sens est très voisin d'idiotisme, et qui est selon lui un symptôme de la schizophrénie. En 1943, Léo Kanner émet l'idée que ces enfants ne sont pas schizophrènes car leurs symptômes ne correspondent pas à ceux de ces derniers. Il pense qu'ils ont une intelligence normale mais qui ne peut s'exprimer. Il souligne leur isolement et leur intolérance au changement. L'autisme devient alors une entité clinique, et Kanner le qualifie de «trouble inné du contact affectif». La première définition qu'il fait de ce terme, à partir de l'observation de onze enfants, est: «L'autisme est une incapacité innée à établir le contact affectif habituel avec les personnes, biologiquement prévue, exactement comme d'autres enfants viennent au monde avec des handicaps physiques ou intellectuels» (autisme-info.ch).

Asperger, en 1944, décrit, lui, plusieurs enfants présentant des symptômes communs tels «un manque d'empathie, une faible capacité à se faire des amis, une conversation unidirectionnelle, une forte préoccupation vers des intérêts spéciaux, et des mouvements maladroits» (autisme-info.ch). Il parle alors de psychopathie autistique.

Dans les deux premières éditions du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, D.S.M., de 1957 et 1968, l'autisme est intégré dans la catégorie des psychoses. A partir de la 3<sup>ème</sup> édition, en 1980, ce terme entre dans les troubles envahissants du développement.

En effet, jusqu'au début des années 1980, l'enfant autiste était psychotique, coupé de la réalité, il s'enfermait dans un monde intérieur. Aujourd'hui une hypothèse plus neurodéveloppementale est privilégiée. L'enfant autiste n'est donc pas « fou » mais « handicapé » par ses difficultés d'adaptation à l'environnement social. Cependant, l'origine des difficultés n'est toujours pas connue.

Le glissement de la notion de maladie mentale vers celle de handicap a amené à condamner la dénomination de psychose, marquée par une référence freudienne.

La classification actuelle de l'OMS repose sur celle du DSM-IV; la Haute Autorité de Santé (H.A.S.) recommande l'utilisation de cette classification et de la CIM 10 depuis 1996 par la loi Chossy. La catégorie des Troubles Envahissants du Développement qui inclut le plus de sujets est celle des troubles non spécifiés. Selon Hochmann (Sciences Humaines), «les TED sont tellement vagues que l'on parle maintenant des troubles du spectre autistique, et que la prochaine édition du DSM en 2012 pourrait évoquer des troubles multiples et complexes du développement». Ce qui, précise-t-il, est déjà dénommé dysharmonies psychotiques dans la CFTMEA. En outre, il affirme qu'une psychose n'est pas incompatible avec une origine organique de la maladie. Mais la notion de handicap doit également être précisée.

En 2004, les Centres Ressources Autisme ont été créés, permettant un dépistage précoce et un diagnostic précis.

La loi du 11 février 2005 «pour l'égalité des droits et des chances» permet l'inscription, dans l'école du quartier, d'enfants présentant des troubles envahissants du développement.

Les hôpitaux de jours sont par ailleurs nés, en partenariat avec l'association de parents Sésame Autisme dans les années 1960 et restent les institutions accueillant le plus d'enfants présentant des troubles envahissants du développement.

De plus, suite au plan Autisme 2008-2010 du gouvernement, il a été demandé aux IME de créer des groupes d'accueil spécifiques pour les enfants autistes.

## **2. Classification des troubles envahissant du développement (TED):**

Notre travail porte sur les troubles envahissants du développement non-spécifiés. Cette pathologie étant peu décrite, nous avons choisi de nous appuyer sur les trois classifications qui portent un regard général sur les TED et qui sont les suivantes:

- La Classification Internationale des Troubles Mentaux et des Troubles du Comportement (CIM 10/ICD 10), qui comprend les critères diagnostiques ainsi que les descriptions cliniques
- Le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4<sup>ème</sup> édition, texte révisé (DSM IV)
- La Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent (CFTMEA, qui s'appuie sur celle de la CIM 10).

Notre démarche consiste à croiser les regards de ces classifications, ce qui permet de mettre en commun les définitions et donc d'avoir une vue plus globale des différentes formes de TED.

Ces classifications s'accordent pour dire que les troubles envahissants du développement (TED) sont caractérisés par des déficits sévères et des altérations qualitatives des interactions sociales réciproques et des modalités de communication et/ou par la présence de comportements, d'intérêts et d'activités stéréotypés, restreints et répétitifs (CIM10, CFTMEA).

Ces déficiences qualitatives, caractéristique envahissante du fonctionnement du sujet, sont très déviantes par rapport au stade de développement ou à l'âge mental de ce dernier et sont présentes en toute situation mais sont variables en intensité.

Ces troubles apparaissent dès la toute petite enfance, le développement est anormal ou altéré avant l'âge de 3 ans. Ils peuvent être associés à un retard mental ou à une affection médicale (sclérose tubéreuse, lipidose cérébrale, syndrome du chromosome X fragile, rubéole congénitale ou spasmes infantiles). Néanmoins, on notera que le retard mental et les affections médicales associées ne sont pas des caractéristiques constantes des TED. Le diagnostic de TED est donc posé à partir de

la prise en compte des caractéristiques comportementales et non des affections médicales associées.

Par ailleurs, ces trois classifications ne sont pas tout à fait d'accord sur la façon de désigner ces troubles et sur la manière de subdiviser l'ensemble des TED.

Le DSM IV dispose d'arguments suggérant que les TED sont distincts de la schizophrénie et donc que les termes de « psychose » et « schizophrénie infantile » n'ont plus lieu d'être employés.

La CIM 10 ne parle pas de cette différence.

La CFTMEA, qui prend en référence la CIM 10, emploie encore les termes de psychoses précoces en ce qui concerne les TED non spécifiés, ou troubles psychotiques non spécifiés.

Néanmoins, toutes les classifications distinguent différents TED:

### **2.1. Le trouble autistique (DSM IV) ou autisme infantile (CIM 10)**

Il existe une altération des interactions sociales sévère et durable (absence de contact oculaire, d'expression faciale, d'attitude corporelle et de gestualité, incapacité à entrer en relation avec les pairs, non recherche de partage des intérêts, manque de réciprocité socio-émotionnelle).

La communication est également altérée de façon sévère et durable, tant sur le plan verbal que non verbal, expressif que réceptif (retard ou absence de langage oral, absence de tentative de communication gestuelle, incapacité à engager ou maintenir une conversation, usage stéréotypé et répétitif du langage, absence de jeu de faire-semblant ou d'imitation sociale).

Les comportements, les intérêts et les activités sont restreints, répétitifs et stéréotypés (préoccupation pour un ou plusieurs centres d'intérêts restreints ou anormaux, obsessions compulsives, maniérismes moteurs, préoccupation par certaines parties d'objets ou par des éléments non fonctionnels des objets, résistance à des changements d'activités routinières, opposition à un changement de l'environnement personnel).

Un retard ou un fonctionnement anormal doit être observé avant l'âge de trois ans dans au moins un des domaines suivants: interactions sociales réciproques, langage utilisé dans la communication sociale, jeu symbolique ou d'imagination.

Cependant, une période de développement normal a pu exister, mais n'aura pas dépassé l'âge de trois ans.

Il peut également exister d'autres problèmes non spécifiques à l'autisme comme des troubles du sommeil, des phobies, des automutilations persistant à l'âge adulte.

Les manifestations du trouble autistique peuvent varier selon le stade de développement et l'âge chronologique de l'enfant et peuvent être accompagnées d'un retard mental (significatif dans 75% des cas), de phobies, de troubles du sommeil et de l'alimentation, ou encore de colères.

Ce trouble apparaît plus souvent chez les garçons que chez les filles.

Afin de poser le diagnostic d'autisme infantile, l'enfant doit présenter une altération des interactions sociales sévère et durable, une communication altérée de façon durable et sévère ainsi que des comportements, des intérêts et des activités restreints, répétitifs et anormaux ; tous ces troubles ne doivent pas pouvoir être attribués à d'autres formes de TED. L'autisme doit se différencier d'un trouble spécifique de l'acquisition du langage.

### **2.2. Le syndrome de Rett (DSM IV, CIM 10 et CFTMEA)**

Ce syndrome a été principalement décrit chez des filles. Il survient souvent entre 7 et 24 mois et est très souvent accompagné d'un retard mental sévère et de crises d'épilepsie.

Il apparaît suite à un développement normal durant les cinq premiers mois. Le langage est touché au niveau expressif et réceptif. Il existe une diminution d'intérêt pour l'environnement social.

### **2.3. Le trouble désintégratif de l'enfance (DSM IV, CIM 10, CFTMEA)**

Il existe une diminution de performances acquises après une période de développement normal de deux ans au moins dans les domaines de la communication, des relations sociales et du jeu.

On observe alors un fonctionnement de type autistique dans le domaine des interactions sociales et de la communication, avec un caractère restreint, répétitif et

stéréotypé des comportements, des intérêts et des activités. Ce trouble s'accompagne d'un retard mental sévère.

La CIM 10 affirme qu'on ne sait pas dans quelle mesure le différencier d'un autisme. Ce trouble est également appelé démence infantile, syndrome de Heller ou psychose désintégrative.

#### **2.4. Le syndrome d'Asperger (DSM IV, CIM 10, CFTMEA)**

Les caractéristiques essentielles de ce syndrome sont une altération sévère et durable des interactions sociales réciproques, semblables à celles observées dans l'autisme, et le développement de modes de comportements, d'activités et d'intérêts restreints, répétitifs et stéréotypés.

Les troubles persistent à l'âge adulte et peuvent être accompagnés d'épisodes psychotiques selon la CFTMEA. Cette dernière évoque aussi les termes de psychopathie autistique et de troubles schizoïdes de l'enfance et la CIM 10 considère le syndrome d'Asperger, pour certains cas, comme une forme atténuée d'autisme.

#### **2.5. L'hyperactivité associée à un retard mental et à des mouvements stéréotypés (CIM 10, CFTMEA)**

Ce trouble n'est décrit que dans la CIM 10 et la CFTMEA.

Ces enfants ne présentent pas d'altération sociale de type autistique.

#### **2.6. L'autisme atypique (CIM10, CFTMEA)**

La classification du DSM IV l'inclut dans les troubles envahissants du développement non spécifiés, ce qui n'est pas le cas de la CIM 10 ni de la CFTMEA qui les différencient.

Il est décrit par ces deux dernières comme un TED qui diffère de l'autisme par l'âge de survenue (à partir de 3 ans ou plus tard) et/ou par sa symptomatologie: il ne répond pas à l'ensemble des critères diagnostiques des trois domaines concernés par l'autisme (interactions sociales réciproques, communication, comportements et intérêts restreints, répétitifs et stéréotypés). Néanmoins, les enfants présentent un développement anormal ou altéré.

Cette atypicité est fréquente chez des enfants ayant un retard mental profond et elle s'accompagne d'un trouble spécifique sévère de l'acquisition du langage.

Elle est également dénommée psychose infantile atypique dans la CFTMEA.

## **2.7. Les troubles envahissants du développement non spécifiés (DSM IV, CIM10, CFTMEA)**

Toutes les classifications ne s'accordent pas sous ce terme de TED non spécifiés.

Selon le DSM IV, on doit se servir de cette catégorie quand il existe une altération sévère du développement de l'interaction sociale réciproque avec altération des capacités de communication verbale ou non-verbale ou avec présence de comportements, intérêts et activités restreints, répétitifs et stéréotypés, en l'absence de critère complet d'un TED spécifique.

Le DSM IV y inclut l'autisme atypique (à la différence de la CIM10 et de la CFTMEA), avec des troubles ayant un début plus tardif, et une symptomatologie atypique par rapport à l'autisme.

LA CIM 10 nomme ce trouble TED sans précision et définit cette catégorie comme résiduelle, devant être utilisée pour classer des troubles correspondant à la description générale des TED mais pour lesquels les informations sont imprécises ou contradictoires, et qui ne répondent donc à aucun des troubles décrits plus hauts.

La CFTMEA ne décrit pas ce trouble, mais le cite.

Au regard de ces classifications, nous pouvons noter qu'elles s'accordent sur le descriptif des troubles dans les différentes formes de TED. Néanmoins, la CFTMEA emploie encore le terme de « psychose » dans plusieurs pathologies, ce qui n'est pas le cas des deux autres classifications.

De plus, la définition du TED non spécifié ou TED sans précision n'est pas aussi précise que celle de l'autisme infantile ; le diagnostic de ce trouble se fait par exclusion des autres TED. Ce terme pourrait donc être source de confusions et de discussions. Par ailleurs, lors de nos recherches, plusieurs pédopsychiatres nous ont indiqué employer eux-mêmes aujourd'hui le terme « troubles du spectre autistique » (TSA). Ce concept a été développé par Wing et Gould en 1979. Il a pour caractéristiques essentielles la triade d'atteinte de l'interaction sociale, de la communication et de l'imagination (terme reformulé aujourd'hui par comportements d'intérêts limités, restreints et répétitifs). Le principal aspect de ce TSA, est que chaque élément de la triade apparaît avec un degré de sévérité variable et peut avoir

différents types de manifestations. Nous verrons si, au terme de notre investigation, des critères plus précis et pertinents permettent de clarifier cette pathologie et éventuellement d'induire une prise en charge orthophonique différente.

Par ailleurs, le DSM V, qui doit paraître en mai 2013, regrouperait tous les Troubles Envahissants du Développement sous l'appellation « troubles du spectre autistique ». Elle incorporerait les diagnostics actuels de trouble autistique (autisme), syndrome d'Asperger, trouble désintégratif de l'enfance et trouble envahissant du développement non spécifié.

### **3. La communication verbale et non verbale**

Dans un premier temps, nous allons présenter le développement de la communication et du langage chez l'enfant dit « tout venant » à l'aide de modèles et de repères de communication en fonction de l'âge. Puis, dans un second temps, nous expliciterons le développement du langage et de la communication de l'enfant présentant un Trouble Envahissant du Développement en insistant sur le TED non spécifié. Nous appuierons notre réflexion sur le développement du langage chez les enfants autistes, le développement du langage chez les enfants avec un TED non spécifié étant quasiment inexistant dans la littérature.

#### **3.1. La communication et le langage chez l'enfant tout-venant**

Selon Dumont (1995) afin de pouvoir communiquer, « il faut s'être différencié d'autrui ».

##### **3.1.1. Les modèles de communication**

Le but essentiel de la communication est d'assurer la transmission d'idées, de désirs et d'émotions. La communication est un système multicanal à travers lequel les individus entrent en relation plus ou moins efficacement. Plusieurs auteurs ont défini cette notion.

Nous allons détailler ces modèles afin d'étayer notre réflexion. Ils serviront de référence à nos propos sur les enfants avec un TED non spécifié.

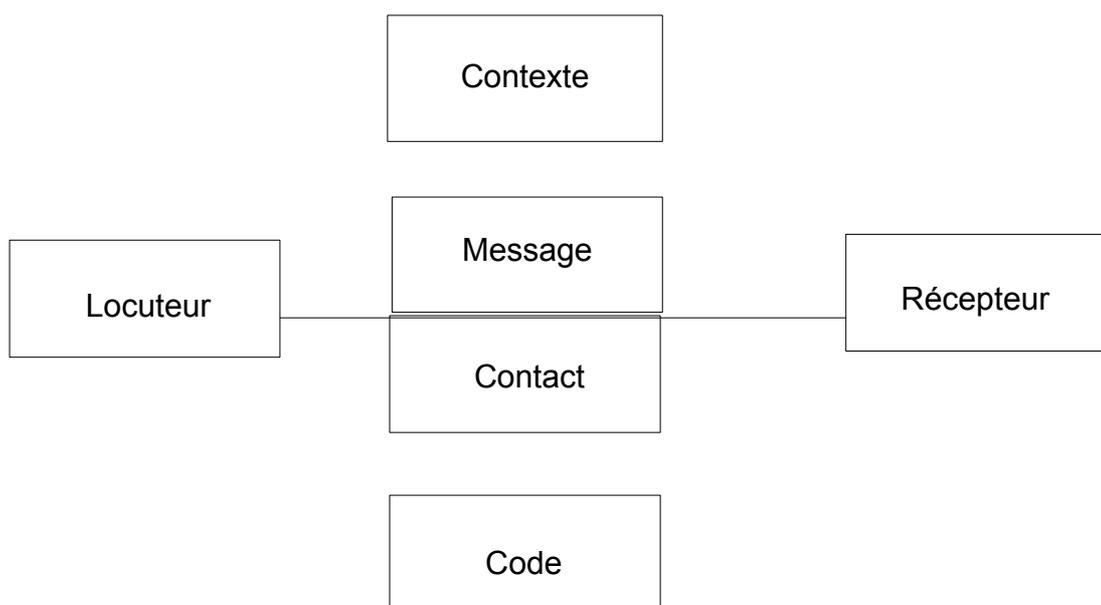
##### **3.1.1.1. Le modèle de Jakobson (1963)**

Jakobson a élaboré un modèle de communication développant plusieurs fonctions:

- Fonction référentielle : elle se réfère au contexte, véhicule des informations et renvoie au sujet dont on parle.
- Fonction expressive : elle est centrée sur le locuteur. Elle concerne son implication par rapport au message.
- Fonction incitative : elle est orientée vers le récepteur. Elle vise à tenter d'agir sur autrui, de le faire réagir ou de l'inciter à adopter un certain comportement.

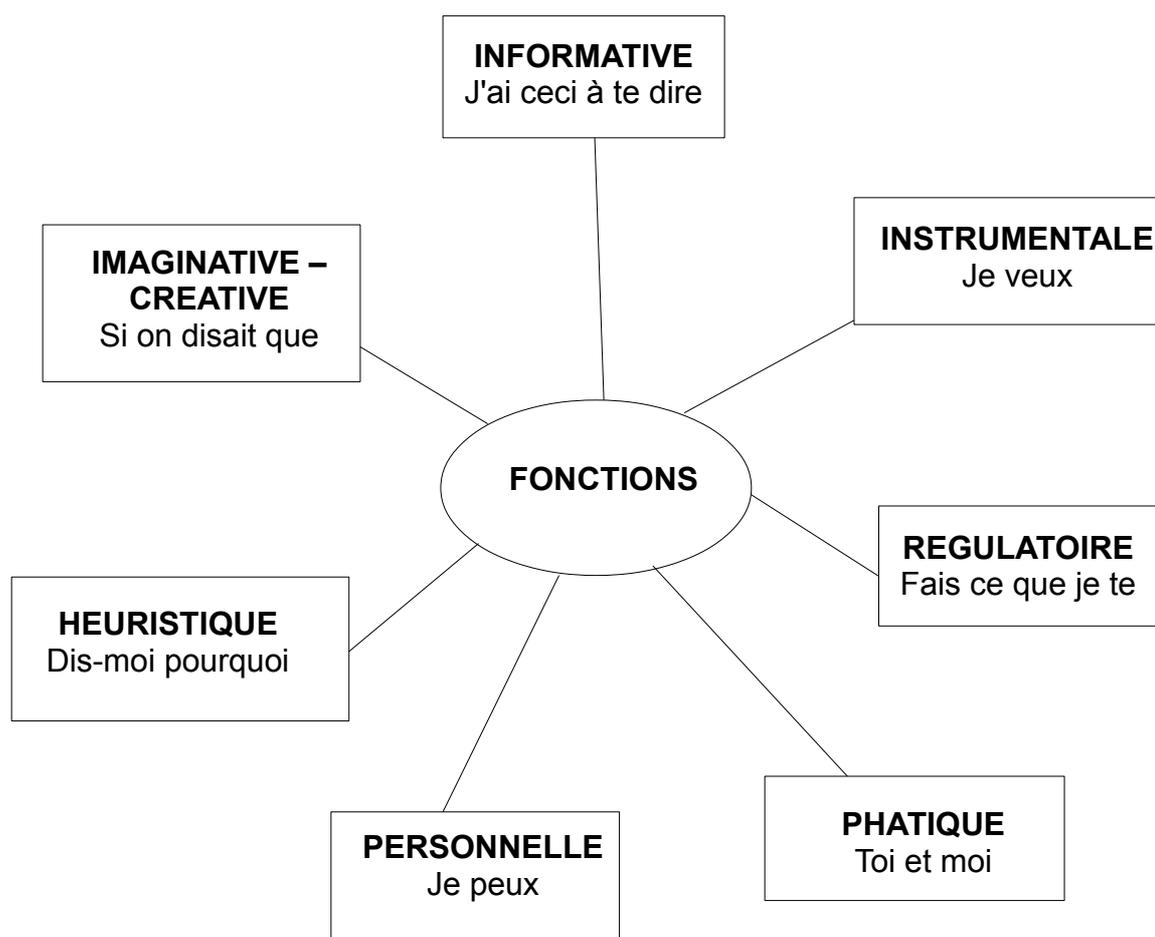
- Fonction poétique : elle est centrée sur le message. Elle recherche la meilleure configuration possible du message.
- Fonction phatique : elle est liée au contact. Son but est d'établir, de maintenir ou d'interrompre le contact entre le locuteur et le récepteur, en s'assurant qu'il n'y ait pas de perturbations.
- Fonction métalinguistique : elle est centrée sur le code. Elle concerne toute explication ou précision se rapportant au code ou à son utilisation (grammaire, définitions...).

Ce modèle est schématisé de la façon suivante:

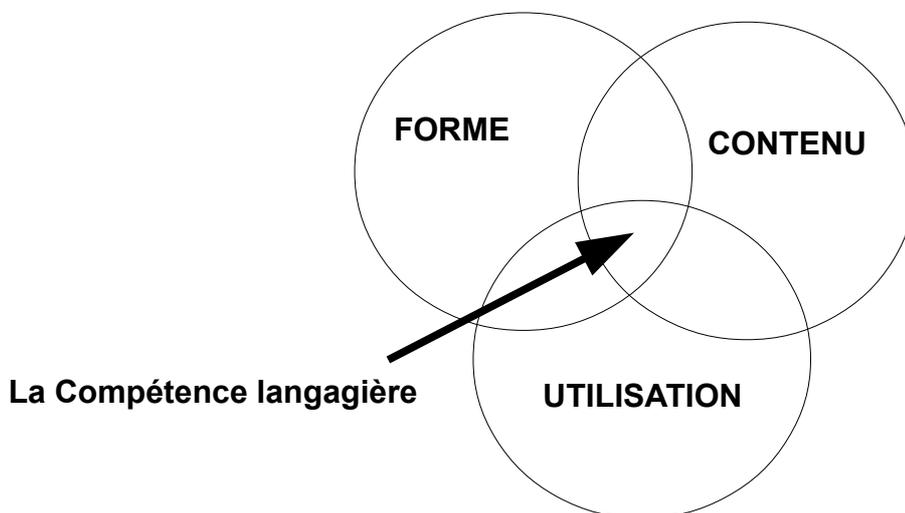


### 3.1.1.2. Le modèle de Halliday (1975)

Halliday a également proposé un modèle des fonctions du langage, pouvant être relié à celui de Jakobson. On le trouve sous la forme suivante:



### 3.1.1.3. Le modèle de Bloom et Lahey (1978)



Bloom et Lahey proposent de définir le langage à partir de trois composantes: la forme, le contenu et l'utilisation.

La combinaison des trois constitue la compétence langagière.

La forme correspond aux moyens verbaux et non verbaux dont dispose le sujet pour mettre en œuvre son désir de communiquer. La forme verbale passe par les niveaux phonétique, lexical et syntaxique. La forme non verbale passe par le corps, les artefacts liés à celui-ci et la dispersion dans l'espace des individus.

Le contenu représente l'information transmise dans un message, c'est-à-dire le sens, le signifié. Il est en lien avec le développement cognitif du sujet et son expérience communicative.

L'utilisation peut être rapprochée de la notion de pragmatique, c'est-à-dire à l'utilisation du langage en contexte social et à son efficacité dans la communication.

La pragmatique permet au locuteur d'adapter la forme et le contenu de son message suivant les situations dans lesquelles il se trouve.

### 3.1.2. Le développement du langage oral

Les enfants présentant un TED non spécifié ont un développement du langage oral différent des enfants tout-venant. Nous verrons que l'évolution du langage ne se fait pas de la même manière, ni au même rythme.

Aussi, il nous paraît nécessaire de connaître le développement « normal » du langage, décrit par de nombreux auteurs. Ceci nous permet de situer où en est l'enfant présentant un TED non spécifié au niveau du développement de son langage.

Selon Piaget, il existe différents stades de développement de l'intelligence:

- De 0 à 2 ans, stade de l'intelligence sensorimotrice:

Selon lui, l'intelligence se construit avant le langage, sans intervention de la pensée, des concepts, de la fonction symbolique. Le schème est l'élément principal de cette logique perceptive. L'enfant acquiert des notions fondamentales d'objet, d'espace, de temps et de causalité.

Cette période comporte 6 temps:

- De 0 à 1 mois, les comportements réflexes
- De 1 à 4 mois, les premières adaptations et réactions circulaires primaires
- De 4 à 8 mois, les adaptations sensorimotrices intentionnelles
- De 8 à 12 mois, la naissance de l'intelligence
- De 12 à 18 mois, les différenciations des schèmes d'actions, réaction circulaire tertiaire
- De 18 à 24 mois, l'invention de moyens nouveaux par combinaisons mentales

- De 2 à 12 ans, stade de l'intelligence représentative:

L'enfant construit l'objet, l'espace, le temps sur le plan de la représentation qui est une évocation symbolique des réalités absentes. Il utilise pour ce faire l'imitation différée, le jeu symbolique, le langage, l'image mentale et le dessin.

Cette période se compose de 2 temps:

- De 2 à 7 ans, la période pré-conceptuelle avec de 5 à 7 ans, la période intuitive
- De 7 à 12 ans, l'intelligence opératoire concrète

- De 11 à 16 ans, l'enfant est dans l'intelligence opératoire formelle.

Il émet des relations entre le possible et le réel; la pensée hypothético-déductive se construit.

Selon Chevrié-Muller et Narbonna (2000), la psycholinguistique d'aujourd'hui se trouve divisée en deux orientations théoriques essentielles: la théorie de la grammaire universelle de Chomsky et la grammaire socio et neurocognitive.

- La théorie de la grammaire universelle initiée par Chomsky en 1957

Les deux notions principales sont :

- La notion de langage inné: l'enfant naît avec une prédisposition pour le développement de compétences ayant trait à la découverte et à l'analyse de la langue.

- La notion de créativité: le langage serait une création où l'enfant expérimenterait ses propres règles linguistiques de formation des mots et énoncés.

- La grammaire socio et neurocognitive: trois notions sont développées par Chevrié-Muller et Narbonna:

- La notion de stratégie: l'enfant, pour s'approprier la langue, développerait des stratégies pour mettre en relation le sens des énoncés et leur forme dans un environnement socio-familial et socioculturel donné.

- La notion de spécificité des domaines: la question soulevée par la psychologie cognitive est de savoir dans quelle mesure il est possible d'aborder l'étude du langage indépendamment de celles des autres domaines que sont la cognition et la communication.

- La notion de maturation cérébrale et de plasticité fonctionnelle corticale: l'idée de plasticité du cerveau oriente les recherches vers l'idée que le bébé a une écoute spécialisée pour la parole entendue. La grammaire serait donc mise en place chez l'enfant sans apprentissage spécifique.

Les premières interactions sont essentielles à l'émergence du langage. L'enfant doit apprendre de quelle façon l'utiliser. Le langage de la mère va agir sur le contexte cognitif. Celle-ci va agir comme si le bébé dialoguait avec elle en répondant à ses mimiques, ses gestes, ses regards.

Bruner (1983) décrit quatre formats, qui sont des stratégies communicatives non linguistiques, créées entre l'adulte et l'enfant avant l'apparition du langage:

- L'attention conjointe, vers 4 mois.
- L'action conjointe ou interaction avec l'objet: activité conjointe de la mère et de l'enfant sur un objet extérieur.
- Les interactions sociales.
- Le « pretend episodes »: jeu de faire-semblant.

De nombreuses hypothèses ont été formulées en ce qui concerne l'émergence du langage et son acquisition par l'enfant. Ces hypothèses reposent sur des données de perception (attention sélective, perception catégorielle et des indices prosodiques), et de production. Oller (1980 cité par Chevrié-Muller et Narbonna 2000)) décrit cinq étapes de productions pré-linguistiques:

- La production de vocalisations entre 0 et 2 mois. Ces vocalisations sont réflexes ou quasi réflexes et mêlent cris et sons végétatifs. Elles sont émises en situation de confort et d'inconfort. Piaget (1945 cité par Chevrié-Muller et Narbonna 2000) note des imitations précoces de bébés de moins de 2 mois. Un dialogue tonique avec l'adulte se met en place. Le bébé commence à sourire aux visages.
- La production de syllabes archaïques entre 1 et 4 mois. Le sourire a émergé (premier signe de socialisation) et certains sons y sont liés. On observe la production de séquences phoniques constituées de syllabes formées de sons quasi vocaliques et consonantiques. L'enfant imite les mélodies ou les sons émis par les adultes; ceci aura une influence sur sa communication préverbale. Il discrimine les contrastes phonétiques de la langue et devient sensible à la prosodie. Parallèlement, il commence à avoir un contrôle de sa respiration.
- Le babillage rudimentaire entre 3 et 8 mois. L'enfant joue avec sa voix, il en contrôle les différents paramètres. Il commence à catégoriser les voyelles. Vers 6 mois, les premières associations consonne-voyelle apparaissent. Un dialogue vocal avec l'adulte se met en place.
- Le babillage canonique de 5 à 10 mois. L'enfant commence à catégoriser les consonnes et produit des syllabes de type consonne-voyelle. Ce babillage serait d'abord dupliqué (chaîne de syllabes identiques de type papapapa),

puis diversifié (chaîne de type badata). Il réagit à présent à son prénom et à des mots familiers. L'enfant imite intentionnellement. Il produit des gestes symboliques, il donne un objet.

- Le stade de l'allongement final entre 12 et 13 mois.
- On ajoute à ces stades celui du babillage mixte entre 9 et 18 mois. On observe la production de mots à l'intérieur du babillage « papa » « maman »... L'enfant comprend le « non » et une trentaine de mots en contexte.

Suite à l'émergence du langage, des systèmes linguistiques vont se développer.

- Le système phonologique: les enfants mettent plus de deux ans pour produire toutes les consonnes et les voyelles, du fait de la complexité de l'articulation, qui nécessite la coordination fine de plusieurs muscles. On pourra alors observer des simplifications phonologiques chez le jeune enfant, de type omission, antériorisation, labialisation, nasalisation, assimilation... L'enfant produit des mots-phrases, il jargonne.
- Le système lexical: les premiers mots servent à désigner et à catégoriser. Il est souvent nécessaire de connaître le contexte pour pouvoir les interpréter. Des généralisations sont présentes, et s'affineront en même temps que la discrimination. L'accès aux mots par l'enfant suppose la connaissance des objets de son environnement. La variabilité interindividuelle est donc importante au début de la production du lexique.
- Le système morphosyntaxique: la syntaxe se met en place assez rapidement à partir de 20 mois. L'enfant s'inspire du langage de l'adulte, mais généralise les règles. Il comprend des phrases à partir de l'ordre syntaxique des mots. Il exécute des ordres simples. Entre 2 et 3 ans, il comprend les phrases complexes. Il accède à la compréhension morphosyntaxique. Ses phrases se grammaticalisent. Il emploie le « je ». A partir de 3 ans et demi, l'enfant arrive à maîtriser la structure de sa langue et parle de façon intelligible. Il devient acteur de sa communication. Il articule tous les sons. Il utilise les pronoms personnels, les prépositions spatiales (dessus, dessous, derrière, à côté de...). A 4 ans, il maîtrise sa parole. Il acquiert les principaux morphèmes grammaticaux, utilise les flexions verbales et nominales. Son récit est organisé et son langage adapté à la situation.

Lors de l'émergence du langage et du développement des systèmes linguistiques, on notera l'importance du rôle du milieu socioculturel. De plus, les rythmes d'acquisitions peuvent être très variables d'un enfant à un autre jusque l'âge de 2 ans 9 mois.

Parallèlement au langage, des conduites affectives vont se développer. Elles permettent notamment au bébé d'exprimer ses besoins primaires. Vers 2 mois, l'enfant est capable de répondre par un sourire. Il comprend que son entourage est constitué d'êtres sociaux. Il discrimine les expressions faciales et préfère celle du bonheur. Les vocalisations sont associées aux expressions faciales de l'enfant ainsi qu'à des gestes ayant un but précis. La répétition de ces schèmes d'actions et la reprise par l'entourage permettra à l'enfant d'en développer de nouveaux. L'interaction va englober l'expression affective, les connaissances et la communication. L'enfant va apprendre sur le langage avant même de l'acquérir. Il va se reconnaître comme un être distinct et dans une relation à l'autre.

### 3.1.3. La communication non verbale

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

- La fonction sémantique

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

- La fonction syntaxique

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

- La fonction pragmatique

Scherer distingue trois fonctions influençant le déroulement d'une conversation:

- la fonction expressive, qui permet d'obtenir des renseignements sur l'interlocuteur (voix, habits, regard...)

- la fonction appétitive, qui traduit les motivations, les buts ou les intentions de comportement du locuteur.

- la fonction réactive, qui concerne l'ensemble des réactions courtes et rapides du récepteur, informant l'émetteur sur l'efficacité de sa communication.

- La fonction dialogique

Elle concerne les relations entre le locuteur et le récepteur, et la régulation des échanges.

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

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

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

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

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

### **3.2. Les troubles de la communication dans l'autisme infantile**

Après avoir exposé la communication verbale et non verbale chez l'enfant tout venant, voyons ce qu'il en est pour l'enfant avec trouble envahissant du développement.

La littérature décrivant principalement le développement du langage de l'enfant autiste, nous nous appuyerons sur cette description.

### **3.2.1. Symptomatologie**

L'autisme peut se manifester dès les premières semaines de la vie, ou n'apparaître que dans la petite enfance ou à l'âge préscolaire. On observe alors une stagnation ou une régression du langage, des capacités de socialisation, des conduites de jeu et des capacités cognitives. Le terme trouble envahissant du développement a été introduit afin d'inclure aussi bien l'autisme infantile que des troubles du développement ayant des points communs avec l'autisme. Les symptômes et leur gravité sont cependant très différents d'un cas à un autre.

#### **3.2.1.1. Troubles des interactions sociales**

Les enfants souffrant d'autisme manifestent peu d'intérêt pour les interactions sociales, semblent renfermés et ne réagissent pas aux sollicitations d'autrui. Ils peuvent être affectueux mais à leur façon, et souvent de manière inappropriée. Certains, appelés les hyperverbaux, peuvent monologuer sans apparemment se préoccuper de l'entourage. D'autres sont excessivement timides et craintifs; ils ne semblent pas savoir comment entrer en communication avec leurs camarades, et paraissent maladroits et rigides dans la vie sociale.

Ces enfants ont des difficultés à penser qu'autrui peut avoir des états mentaux (désirs, émotions...), ce qui pourrait expliquer en partie l'absence de regard vers l'autre, associée à un défaut de sensibilité à l'expression faciale et au ton de la voix.

#### **3.2.1.2. Restriction du champ des intérêts, pauvreté du jeu, résistance au changement**

On note chez l'enfant une absence d'intérêt pour les jeux concrets, une faible capacité de faire-semblant, un manque de plaisir à jouer, une difficulté à inclure un tiers dans son jeu, une limitation à une ou deux activités favorites.

#### **3.2.1.3. Troubles de l'attention**

L'un des signes les plus précoces de l'autisme est un déficit de l'attention conjointe.

#### **3.2.1.4. Troubles cognitifs**

Le profil cognitif le plus fréquent est un profil dysharmonique avec un niveau verbal inférieur au niveau performance. La majorité des sujets autistes présente en outre une déficience mentale.

Certains enfants présentent des stéréotypies. Ces dernières se présentent sous la forme de persévérations verbales et motrices, d'activités répétitives.

#### **3.2.1.5. Troubles sensori-moteurs**

Les enfants peuvent présenter des réponses atypiques aux stimuli sensoriels: parfois, ils sont insensibles aux stimuli auditifs mais présentent une hypersensibilité à certains sons ; leur sensibilité est anormale avec un seuil élevé de la douleur exprimé par leurs réactions.

### **3.2.2. Les troubles de la communication**

#### **3.2.2.1. Formes cliniques des troubles du langage dans l'autisme**

- Agnosie auditivo-verbale ou surdité verbale: il s'agit d'une incapacité plus ou moins complète à décoder le langage par la voie auditive. De plus, les enfants autistes semblent ne fournir que peu d'efforts pour communiquer par gestes; et paraissent n'utiliser ces derniers que pour satisfaire leurs besoins. Ces enfants peuvent devenir des enfants sans langage et donc des enfants très "atteints" du point de vue cognitif.
- Déficit mixte réceptif-expressif: il s'agit du déficit le plus souvent observé. Le niveau de compréhension est généralement supérieur au niveau d'expression. Le langage est restreint, produit avec difficulté, les mots fonctionnels absents de même que les flexions verbales ou les accords en genre et en nombre. L'atteinte phonologique entraîne une difficulté d'intelligibilité. Le déficit sémantique entraîne, lui, une pauvreté du lexique et des troubles d'évocation.
- Syndrome de déficit sémantique-pragmatique: certains enfants autistes parlent avec volubilité et sont même parfois en avance dans l'acquisition du langage. Ils ont une mémoire verbale très importante. Les éléments du discours semblent cependant appris par cœur et sont évoqués dans des contextes plus ou moins appropriés. Ils s'expriment mieux qu'ils ne comprennent. Ils répondent souvent à côté.

La plupart des enfants présentant ce syndrome répondent aux critères définissant les TED non spécifiés, selon Rapin et Allen (1988 cité par Chevrié-Muller et Narbonna 2000).

- Syndrome du déficit lexical-syntaxique: il se présente comme un retard de l'acquisition du langage. Les structures grammaticales et la phonologie sont immatures, mais ont tendance à s'améliorer rapidement. Ces enfants vont garder une incapacité à programmer un discours complexe. Le langage spontané est de meilleure qualité que le langage produit sur demande.

### 3.2.2.2. Troubles entourant le langage

- Déficit de la pragmatique verbale et non verbale: l'utilisation du langage par l'enfant autiste est toujours insuffisante et inadaptée. Cette caractéristique permet de distinguer l'autisme des troubles spécifiques du développement du langage.
- Troubles prosodiques: chez l'enfant autiste on note souvent une parole chantonnée, une intonation montante dans une phrase affirmative, un rythme mécanique et une articulation appuyée. Ses réalisations peuvent sembler "pédantes".
- Echolalie: l'écholalie immédiate est très souvent repérée chez l'enfant autiste. C'est une caractéristique transitoire normale lors du développement du langage. Ceci montre un trouble de la compréhension et des processus sémantiques. Néanmoins, elle est parfois utilisée à bon escient car l'enfant présente une bonne mémoire verbale. La persistance de cette écholalie au-delà de 3 ans doit faire penser, avec prudence, à la possibilité d'un autisme.

L'enfant autiste ne paraît pas ressentir le besoin de communiquer, il ne se tourne pas vers son interlocuteur. Il ne semble pas conscient de la valeur symbolique des gestes ou de la parole. Il ne paraît pas savoir à quoi sert la parole, et n'est pas conscient que le langage peut agir sur autrui. Il éprouve des difficultés dans les tours de parole, et ne sait pas à quel moment il doit s'arrêter pour laisser parler son interlocuteur. Il lui est difficile de programmer un discours cohérent, de donner des détails suffisants pour que l'interlocuteur sache de quoi il est question, et d'utiliser un vocabulaire et une intonation adaptés. La prise de conscience du sens et la production des signes non verbaux (prosodie, mimique faciale, gestes, expression corporelle...) sont

insuffisants. L'utilisation de l'ironie, des expressions à double sens... est rendue très difficile.

De plus, l'apparition du langage est presque toujours retardée chez l'enfant autiste et le pronostic pour ce qui est de son acquisition est variable. Il dépend du type de trouble et du niveau cognitif de l'enfant. La probabilité de rester un enfant sans langage est plus grande chez les enfants présentant une agnosie auditivo-verbale. La phonologie et la syntaxe peuvent se développer alors que des déficits dans les domaines sémantiques et pragmatiques peuvent persister. L'absence de langage à 5ans peut être considérée comme un élément de mauvais pronostic, bien qu'il puisse arriver que des enfants se mettent à parler tardivement.

## **4. Structures d'accueil des enfants présentant un TED non-spécifié**

### **4.1. Les Instituts Médico - Educatifs, I.M.E.**

Un Institut Médico-Educatif est un établissement public ou privé, géré par des associations, accueillant des enfants de 3 à 20 ans présentant une déficience mentale, une déficience motrice, un polyhandicap ou une déficience sensorielle auditive ou visuelle. Cet établissement offre des soins, une éducation et un enseignement spécialisé par l'intermédiaire d'une équipe pluridisciplinaire. Les IME sont spécifiques au degré et au type de handicap des enfants accueillis sur décision de la Commission Départementale de l'Education Spéciale (CDES). L'orientation est proposée par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH).

Ils sont financés par la sécurité sociale pour les soins, et par l'Education Nationale pour l'enseignement.

Les IME regroupent les anciens Instituts Médico-Pédagogiques et les Instituts Médico-Professionnels.

### **4.2. Les Instituts Thérapeutiques Educatifs et Pédagogiques, ITEP**

Ces Instituts Thérapeutiques Educatifs et Pédagogiques accueillent des enfants, des adolescents ou des jeunes adultes présentant des difficultés psychologiques sévères et durables, et qui sont en situation ou à risque de désinsertion familiale, scolaire ou sociale.

Ces instituts permettent un enseignement dans l'établissement ou en intégration dans les classes « ordinaires ».

L'ITEP conjugue des actions thérapeutiques, éducatives et pédagogiques sous la forme d'une intervention interdisciplinaire. Un projet personnalisé de scolarisation et un projet personnalisé d'accompagnement sont généralement mis en place.

Les enfants des ITEP sont en internat ou en demi-pension.

C'est la C.D.A.P.H au sein de la MDPH du département de résidence de l'enfant qui décide de l'orientation en ITEP. Cette orientation survient généralement sur indication de la protection maternelle infantile (PMI), du centre d'action médico-sociale précoce (CAMSP), du centre médico-psycho-pédagogique (CMPP), des pédopsychiatres...

### **4.3. La pédopsychiatrie, l'hôpital de jour**

Il s'agit d'un lieu prodiguant des soins polyvalents individualisés dans la journée.

L'hôpital de jour ou pédopsychiatrie est un centre où les enfants et les adolescents qui souffrent de troubles psychiatriques sérieux (psychoses, névroses et inadaptations graves) bénéficient, en un même lieu et de façon concertée, d'actions médicales, éducatives, rééducatives et pédagogiques.

Le soir, l'enfant rentre chez lui et retrouve son environnement familial.

La pédopsychiatrie s'organise en secteurs ou inter-secteurs, intra ou extra-hospitalière, le plus proche possible de l'environnement de l'enfant.

L'équipe pluridisciplinaire accueille un nombre limité d'enfants, jusqu'à un enfant pour un adulte.

Durant sa journée ou demi-journée d'accueil, l'enfant bénéficie de plusieurs activités préalablement définies en fonction du projet thérapeutique individuel.

Les médecins généralistes, pédiatres ou encore neuropédiatres peuvent orienter les parents vers un pédopsychiatre, qui, à son tour, pourra proposer une hospitalisation de jour (prise en charge régulière).

Certains enfants peuvent avoir des soins uniquement de façon ponctuelle, en ambulatoire.

### **4.4. Les Services d'Education et de Soins Spécialisés à Domicile, SESSAD**

Ces Services d'Education et de Soins Spécialisés A Domicile prennent en charge des enfants présentant des troubles envahissants du développement, des enfants porteurs d'une déficience mentale et des enfants polyhandicapés. Ils interviennent à domicile, au sein des établissements avec des enfants scolarisés en milieu ordinaire

ou dans un dispositif d'intégration collective comme les CLasses d'Intégration Scolaire (CLIS) ou les Unités Pédagogiques d'Intégration (UPI). Ils sont destinés à maintenir l'enfant handicapé dans son milieu de vie naturel.

Les SESSAD, regroupant des équipes pluridisciplinaires, permettent un lien avec la famille et les établissements d'accueil de l'enfant. Leurs locaux peuvent être situés dans les établissements scolaires, les ITEP, les IME; les SESSAD pouvant aussi agir directement au domicile familial.

La MDPH décide de l'orientation des enfants vers le SESSAD.

Les SESSAD peuvent être autonomes, être rattachés à un établissement de soins, de type IME, ou à une association regroupant plusieurs établissements. Ils sont financés par la Sécurité sociale.

Il existe plusieurs types de SESSAD, dont des SESSAD pour enfants ou adolescents présentant des déficiences intellectuelles ou inadaptées.

L'action des SESSAD est définie par un « projet pédagogique éducatif et thérapeutique individuel » réalisé en accord avec les parents.

Les SESSAD ont 5 objectifs :

- L'éducation précoce, qui sera une aide au développement de l'enfant et à la préparation de son orientation.
- Le soutien psychopédagogique pour l'intégration scolaire et l'acquisition de l'autonomie.
- Les actions thérapeutiques (médicales, paramédicales).
- Le suivi individuel et l'évaluation.
- Le travail de collaboration et de guidance avec les familles.

Une réunion de synthèse a lieu tous les 6 mois pour observer l'évolution de l'enfant.

#### **4.5. La Classe pour l'Inclusion Scolaire, CLIS autisme**

Cette Classe pour l'Inclusion Scolaire permet que les enfants soient intégrés en milieu scolaire ordinaire. L'effectif de classe est limité à 12 élèves. Le projet pédagogique est adapté pour chaque groupe, et chaque élève a son propre projet. Les CLIS sont confiées à des enseignants spécialisés.

Dans le secondaire, ces mêmes élèves peuvent être scolarisés dans une ULIS, une Unité Localisée pour l'Inclusion Scolaire.

Les CLIS accueillent les enfants sous décision de la MDPH.

Il existe plusieurs sortes de CLIS :

- CLIS1 : handicap mental
- CLIS2 : handicap auditif
- CLIS3 : handicap visuel
- CLIS4 : handicap moteur

## 5. Buts

- Observer les résultats aux évaluations de la communication. En déduire s'il existe des points communs et des différences entre les enfants avec un TED non spécifié et les enfants présentant un syndrome autistique avéré.
- Mettre en évidence des aspects spécifiques de la prise en charge orthophonique de la communication verbale et non verbale des enfants présentant un trouble envahissant du développement non-spécifié.

# Sujets et méthodes

Nous avons choisi de faire passer un bilan à des enfants présentant un trouble envahissant du développement non spécifié, suivis dans différentes structures : un ITEP, un IME et un service de pédopsychiatrie. Nous avons décidé d'utiliser deux tests afin d'évaluer ces enfants :

- Quelques épreuves sélectionnées dans la BECS, outil ordinairement utilisé par les psychologues, mais s'adressant aux enfants présentant un TED.
- le CHAT, outil de dépistage utilisé pour détecter l'autisme. Nous souhaitons, avec ces observations, mettre en évidence les différences qui pourraient exister entre un enfant autiste et un enfant présentant un trouble envahissant du développement non spécifié.

Par ailleurs, afin d'essayer de comprendre cette pathologie qu'est le TED non spécifié, nous avons adressé un questionnaire aux professionnels et aux parents qui sont directement en lien avec ces enfants. Nous exposerons leurs réponses dans la partie « résultats ».

## 1. Tests utilisés

### 1.1. Batterie d'Evaluation Cognitive et Socio-émotionnelle, BECS

Il s'agit d'une batterie destinée aux enfants présentant des troubles envahissants du développement (TED) et/ou des retards mentaux, et développée par J-L Adrien.

Elle a pour buts :

- d'évaluer les domaines cognitif et émotionnel ainsi que de repérer les capacités émergentes de l'enfant.
- d'identifier les acquisitions du développement atypique qui proviennent des modes de dysfonctionnements chez les enfants avec un TED.
- d'établir le projet dynamique de développement personnel de l'enfant.
- d'évaluer le développement des capacités cognitives et socio-émotionnelles chez l'enfant dont le développement se situe entre 4 et 24 mois mais peut aussi évaluer ce développement chez tous les enfants autistes quel que soit leur âge réel.
- de répondre aux besoins « cliniques » des psychologues.
- de construire un Programme de Remédiation Cognitive et Sociale Personnalisé PRCSP.

Dans l'autisme, les fonctions essentiellement perturbées sont l'attention conjointe, la compréhension du langage, l'expression émotionnelle et le jeu symbolique

La BECS permet de mettre en évidence le profil de développement à un moment précis ainsi que la dynamique du développement cognitif et socio-émotionnel de l'enfant au cours de sa croissance.

La B.E.C.S. est inspirée de différentes échelles du développement sensori-moteur, du pré-langage et du langage.

Dans sa construction, plusieurs modèles sont intégrés :

- Le modèle piagétien du développement de l'intelligence sensori-motrice.
- Les modèles de développement de la communication, du langage et d'inventaires normatifs.
- Les modèles de l'évolution émotionnelle et affective du jeune enfant.

Elle est formée de 16 échelles de développement regroupées en 2 domaines :

- Cognitif, avec 7 échelles
- Socio-émotionnel, avec 9 échelles.

Chaque échelle comporte au minimum 8 items, dispersés en 4 niveaux :

- Niveau 1 : 4 mois à 7 mois 30 jours, réactions circulaires secondaires propres au stade III de l'intelligence sensori-motrice, répétitions de gestes
- Niveau 2 : 8 mois à 11 mois 30 jours stade IV
- Niveau 3 : 12 mois à 17 mois 30 jours, stade V, réactions circulaires tertiaires
- Niveau 4 : 18 mois à 23 mois 30 jours, stade VI, représentation des actions et gestes par rapport à son environnement et par une anticipation des résultats de ses actions sur le milieu environnant.

Les domaines cognitif et socio-émotionnel sont en lien.

### **1.1.1. Domaine cognitif**

Il s'agit d'activités cognitives de nature perceptivo-motrice qui s'appuient sur des schèmes sensori-moteurs et représentatifs ainsi que sur leur coordination.

Sa construction est inspirée de l'échelle I.P.D.S. (Infant Psychological Development Scales) et des travaux de Lewis et Brooks-Gunne, et de Berenthal et Fischer.

Ce domaine regroupe les items suivants :

- Image de soi
- Jeu symbolique
- Schèmes de relation avec les objets
- Causalité opérationnelle
- Moyens-buts
- Relations spatiales
- Permanence de l'objet

Nous ne traiterons pas ces items car ils ne concernent pas les domaines que nous souhaitons observer en orthophonie.

### 1.1.2. Domaine socio-émotionnel

Selon Adrien, à l'heure actuelle, le Brunet-Lézine ou l'Echelle de Vineland ne rendent pas compte des réelles capacités ou des lacunes dans les différentes fonctions impliquées dans le développement de la communication, de l'émotion, de la socialisation et de l'autonomie.

Ce domaine comprend 9 échelles inspirées de l'échelle de communication de Seibert-Hogan, de Infant Psychological Development Scale et de l'Echelle d'indice Objectal.

Ces échelles permettent le relevé des différentes émotions exprimées par l'enfant soit pendant l'examen soit en situation de vie quotidienne ; les émotions peuvent être concrétisées sous forme comportementale et sous forme d'expériences, formes dépendantes de la maturation cognitive, de l'âge et des aptitudes linguistiques de l'enfant.

Elles sont les suivantes :

- *Régulation du comportement*: Il s'agit d'évaluer la capacité de l'enfant à modifier le comportement du psychologue en lui demandant des objets en dehors de son champ visuel, en exprimant son refus d'une action par le « non »,  
On observera la capacité à modifier son propre comportement en fonction des exigences externes.
  - ✓ L'examineur reprend un objet présenté
  - ✓ L'examineur présente un objet à l'enfant
  - ✓ L'examineur donne une consigne à l'enfant
  - ✓ L'examineur suscite l'intérêt de l'enfant pour un objet sans le lui donner
  - ✓ Autre situation : l'examineur dit « viens on s'en va », « donne-moi », « regarde l'image »
  
- *Interaction sociale*: Il s'agit de la capacité à établir des échanges de regards, d'objets, de paroles avec l'examineur.
  - ✓ L'examineur regarde l'enfant
  - ✓ L'examineur parle à l'enfant

- ✓ L'examineur présente un objet à l'enfant
- ✓ Autres situations ; établissement d'un contact, « regarde l'image »
  
- *Attention conjointe*: C'est la capacité de prêter attention à quelque chose en même temps que quelqu'un d'autre.  
L'attention peut être partagée sur un objet, un événement entre l'enfant et l'examineur.
- ✓ L'examineur présente un objet à l'enfant
- ✓ L'examineur pointe un objet
- ✓ L'examineur nomme un objet
- ✓ L'examineur invite l'enfant à participer à une activité
- ✓ Autres : l'enfant sait faire des phrases de deux mots pour décrire une action
  
- *Langage expressif*: Il s'agit d'évaluer la capacité de l'enfant à produire des sons, des mots ou des phrases. Pour cela, il faut inviter l'enfant à vocaliser, à prononcer des mots, des phrases à partir de situations de jeu ou avec les images.  
Cette échelle peut être complétée par les observations rapportées par l'entourage.
  
- *Langage compréhensif*: il faut évaluer la capacité de l'enfant à comprendre les mots et phrases produites par l'examineur. Par exemple, ce dernier demande quelque chose à l'enfant, l'appelle, nomme des images.
  
- *Imitation vocale*: Cette épreuve permet de voir la capacité à reproduire des sons, des mots, des phrases après avoir entendu les mêmes sons.
- ✓ L'examineur produit un son et un bruit familier
- ✓ L'examineur produit un mot familier
- ✓ L'examineur produit un ou plusieurs mots nouveaux
- ✓ L'examineur produit une petite phrase de 2 mots nouveaux

- *Imitation gestuelle*: c'est la capacité à reproduire des gestes simples, complexes, des mimiques et des actions avec des objets. Puis, au cours de cette épreuve, nous pourrions proposer des actions avec plusieurs gestes.
  - ✓ L'examineur produit un geste familier
  - ✓ L'examineur produit un geste non familier
  - ✓ L'examineur produit plusieurs gestes
  - ✓ L'examineur produit une action, des gestes non familiers dont l'enfant ne voit pas le résultat
  
- *Relation affective*: il s'agit du type de relation affective que l'enfant a développé avec son entourage. Pour cela, il faut observer comment l'enfant affirme ses désirs, ses intentions et noter la façon dont se passe la séparation avec les parents.
  - ✓ L'examineur établit des échanges avec l'enfant
  - ✓ Autres situations : séparation d'avec les parents
  
- *Expression émotionnelle*: Il faut noter les expressions faciales de l'enfant, les réactions émotionnelles quand on lui présente un objet inhabituel. On relève la tristesse, la peur, le doute, la joie, l'affection, la colère, la surprise, la honte, l'embarras, la culpabilité, le découragement, la fierté.
  - ✓ L'examineur produit des mimiques expressives
  - ✓ L'examineur présente un objet inhabituel
  - ✓ L'examineur présente le miroir à l'enfant
  - ✓ L'examineur interdit à l'enfant un comportement particulier

#### Administration de la BECS :

Il faut appliquer les mêmes principes d'administration que pour les Thérapies d'Echange et de Développement : sobriété, tranquillité et disponibilité, structuration de l'espace et du temps.

La passation dure environ 30 minutes et se déroule à l'aide de séquences courtes d'activités, ne jamais présenter deux jouets ou activités en même temps, présenter l'ensemble des situations à l'enfant, sans ordre de présentation.

Le mieux est de commencer par des activités de manipulation de cubes, d'encastrement. De plus, il est conseillé de filmer.

La grille de cotation est une grille d'observation des comportements mise en rapport avec la grille de cotation des niveaux de développement ; l'enfant doit avoir au moins le degré 1 à un seul des items du niveau de l'échelle pour lui attribuer ce niveau de développement.

Il y a 16 notes de niveau correspondant au niveau optimal de développement de chaque enfant pour les 16 échelles.

La somme des notes de niveau des 16 échelles détermine une note totale de niveau à la BECS de 16 à 64, note référée à un âge de développement global obtenu au Brunet-Lézine Révisé. Le niveau moyen correspond à la somme moyennée des 16 notes de niveau optimal.

Il existe également un indice d'hétérogénéité du développement qui est la moyenne des différences entre toutes les notes de niveau de développement des capacités évaluées.

Il y a plusieurs indices d'Hétérogénéité IH : IH du développement Cognitif, IH du développement Socio-émotionnel, IH du développement Global.

IHC : moyenne des 21 différences x 10

IHS : moyenne des 36 différences x 10

IHG : moyenne des 120 différences x 10

Tout ceci permet d'établir des profils qui peuvent être un profil homogène ou un profil hétérogène, chacun d'eux pouvant être stable, émergent ou fragile.

## **1.2. Check-list for Autisme Toddlers, C.H.A.T.**

Le C.H.A.T ou Check-list for Autism in Toddlers a été élaboré par Simon Baron-Cohen et ses collaborateurs et validé en 1992.

Cet outil permet aux médecins ou professionnels de santé, de déceler un risque d'autisme dès la petite enfance, ceci dans le but d'entreprendre une prise en charge précoce, avant l'apparition de tous les symptômes. En effet, ce dépistage peut être réalisé chez des enfants de 18 mois, alors que l'autisme est souvent diagnostiqué vers l'âge de 3 ans.

Pour élaborer ce test, Simon Baron-Cohen et son équipe l'ont administré à 16000 enfants du sud de l'Angleterre. Leurs premières recherches ont montré que les enfants qui ne réussissaient pas le test sur trois épreuves essentielles du C.H.A.T présentaient un haut risque d'être autiste.

Ces trois épreuves sont :

- le pointage proto-déclaratif
- le contrôle du regard ou attention conjointe, présent dans le développement normal entre 9 et 14 mois
- le faire-semblant (ou jeu symbolique), présent dans le développement normal vers 12-15 mois.

Le test est composé de neuf questions adressées aux parents et de sept items d'observation réalisés par un professionnel. Il permet de repérer des altérations du développement dans les domaines suivants :

- le pointage proto-déclaratif
- le faire semblant
- l'intérêt social
- le jeu social
- l'attention conjointe

Questions à destination des parents, auxquelles ils répondent par oui ou non :

- Votre enfant aime-t-il être balancé, sauter sur vos genoux... ?
- Votre enfant montre-t-il de l'intérêt pour les autres enfants ?
- Votre enfant aime-t-il grimper, par exemple monter les escaliers ?
- Votre enfant aime-t-il jouer à faire « coucou » ou à « cache-cache » ?
- Votre enfant aime-t-il faire semblant, par exemple de faire du thé avec une tasse et une théière jouet, ou faire semblant d'autre chose ?
- Votre enfant utilise-t-il parfois son index en pointant pour demander quelque-chose ?
- Votre enfant utilise-t-il parfois son index en pointant pour indiquer son intérêt pour quelque-chose ?

- Votre enfant est-il capable de s'amuser avec des petits jouets (comme des autos ou des briques) sans constamment les mettre dans sa bouche, les brasser ou les lancer ?
- Votre enfant vous apporte-t-il parfois des objets pour vous montrer quelque-chose ?

Items d'observations réalisés par un professionnel :

- Pendant l'évaluation l'enfant vous a-t-il regardé dans les yeux ?
- Assurez-vous d'avoir l'attention de l'enfant, puis pointez du doigt un objet intéressant à l'autre bout de la pièce et dites-lui : « Regarde » (nommez un jouet). Surveillez son visage. L'enfant regarde-t-il dans la direction du jouet ? Pour répondre oui à cette question assurez-vous que l'enfant n'a pas regardé seulement votre main, mais vraiment l'objet que vous pointez.
- Assurez-vous d'avoir l'attention de l'enfant. Donnez-lui une tasse et une théière et dites : « peux-tu faire une tasse de thé ? ». Fait-il semblant de servir du thé, d'en boire... ? Si vous pouvez amener l'enfant à faire semblant avec autre chose répondez oui.
- Dites à l'enfant : « où est la lumière ? » ou bien : « montre-moi la lumière ». L'enfant pointe-t-il la lumière de l'index ? Choisissez au besoin un point d'intérêt autre que la lumière. Pour pouvoir répondre oui il faut que l'enfant vous ait regardé le visage au moment où vous pointez.
- L'enfant peut-il construire une tour en briques légo ? Si oui de quelle hauteur, avec combien de briques ?

En avril 2001, une version plus complète comprenant 23 items a été publiée par Diana Robins et collègues, sous le nom M-CHAT (ou CHAT modifié).

## **2. Présentation des enfants**

Nous avons rencontré huit garçons : trois sont pris en charge dans un ITEP situé dans le Nord (59), trois sont suivis en pédopsychiatrie dans les Deux-Sèvres (79) et les deux derniers sont dans un IME également dans les Deux-Sèvres (79).

Ils sont nés entre 1999 et 2006.

Parmi ces enfants, trois d'entre eux sont non-verbaux.

Ces enfants seront présentés de façon plus précise dans la partie « Résultats ».

### 3. Questionnaires

Afin de mieux comprendre qui sont les enfants avec un TED non spécifié, nous avons établi des questionnaires à l'intention des parents et des professionnels prenant en charge ces enfants. Ils ont pour but de nous apporter un éclairage sur le diagnostic et la prise en charge.

Les questionnaires se trouvent en annexes n°1 et n°2.

Nous avons rencontré six pédopsychiatres travaillant dans quatre structures différentes ainsi que trois orthophonistes. Nous avons également transmis nos questionnaires à une trentaine d'orthophonistes et nous avons obtenu quatre réponses.

Nous exposerons les réponses obtenues et leur synthèse dans la partie résultats.

En ce qui concerne le questionnaire à destination des parents, nous n'avons pu obtenir aucune réponse.

# Résultats

## 1. Résultats des observations réalisées

Nous allons présenter les enfants rencontrés et évalués.

Ces enfants nous ont été présentés par les professionnels rencontrés dans les établissements, notamment les pédopsychiatres.

Dans un premier temps, à l'aide de l'étude des dossiers, nous présenterons pour chaque cas, une anamnèse, le diagnostic posé et les différents bilans réalisés par les psychologues, orthophonistes, psychomotriciens, pédopsychiatres... Les éléments qui nous paraissent pertinents en ce qui concerne la communication sont mis en gras.

Puis, dans un second temps, nous présenterons les résultats obtenus selon les protocoles de la BECS et du CHAT. Le détail des items des domaines évalués par la BECS se trouve en annexe n°11.

### 1.1. Enfants rencontrés à l'ITEP

#### 1.1.1. Cas d'Antoine

Anamnèse :

Antoine est né le 31/07/2002.

La grossesse s'est déroulée normalement. C'est un enfant né à 8 mois  $\frac{1}{4}$  avec une césarienne en urgence. A la naissance il a une luxation de la hanche.

Antoine est un enfant qui ne supporte pas le lait.

La marche a été acquise à 17 mois.

Ses parents notent une relation particulière avec la musique.

Il ne montre pas d'appétence pour les apprentissages.

C'est un enfant décrit comme instable.

Il a toujours vécu chez ses parents avec sa petite sœur (née en 2006).

Avant son entrée à l'ITEP, Antoine bénéficiait d'une prise en charge en SESSAD en 2008. Il était scolarisé en grande section de maternelle avec l'aide d'une AVSI, Auxiliaire de Vie Scolaire.

Il est admis à l'ITEP en internat aménagé de semaine (il rentre un soir par semaine chez lui) depuis septembre 2009. C'est sa première séparation d'avec sa famille.

Diagnostic :

Lors de la demande auprès de la MDPH, le médecin psychiatre donne comme diagnostic une **dysharmonie évolutive avec traits autistiques** et évolution vers une déficience intellectuelle.

Antoine présente un **retard global**, des problèmes visuels et une paralysie oculomotrice.

Ses troubles sont présents depuis la naissance.

Cliniquement, Antoine présente une instabilité psychomotrice, un **retard d'acquisition du langage**, des **troubles des conduites**, une immaturité et une intolérance à la frustration.

Différents bilans réalisés :

- Bilan psychologique :

Ce bilan a été réalisé en juin 2009, avant son entrée à l'ITEP. Il est noté qu'Antoine n'a aucune réaction vis-à-vis d'autrui. Il a un **contact superficiel et fluctuant** : soit il ne tient pas compte de l'autre soit il est attentif.

C'est un enfant instable au niveau psychomoteur.

Il **n'exprime pas d'affects**. Il exprime cependant des **angoisses archaïques**.

Antoine ne connaît pas sa date de naissance. Ses repères familiaux sont également flous.

Sur le plan du langage, un **retard de langage** est noté. De plus, il a **une voix monocorde, sans expression**, et **parle parfois un jargon** accompagné de néologismes. Il est également noté des **logorrhées** et des **persévérations**. Son **niveau de compréhension est faible et sélectif**.

Ses dessins sont pauvres, stéréotypés et non représentatifs.

Un test intellectuel a été réalisé (Echelles d'Aptitudes pour Enfants de Mc Carthy). Les résultats obtenus sont faibles et hétérogènes. Il obtient une réussite pour un âge entre 2ans ½ et 4ans ½ .

- Bilan orthophonique :

Ce bilan a été réalisé en septembre 2010. Il fait état de quelques éléments de **retard de parole** et de **retard de langage**. Cependant, il est noté qu'Antoine est bien **dans l'échange**, il écoute, répond aux questions et a un **regard dirigé vers son interlocuteur**.

Sa compréhension semble être altérée, de même que la mémoire verbale et auditive.

Antoine montre des **difficultés à exprimer ses émotions**, son visage n'exprime aucune mimique appropriée.

L'orthophoniste conclue à un **trouble de la communication verbale** en expression et en compréhension. Elle relève des **difficultés touchant la communication non verbale et la pragmatique**, en notant toutefois qu'il existe **quelques émergences** (regard, sourires, quelques réponses adaptées).

- Observations au niveau éducatif et pédagogique :

Avant l'entrée à l'ITEP, l'enfant passe une semaine dans l'établissement afin d'observer son comportement et son adaptation notamment au niveau scolaire et éducatif. Au terme de cette semaine, il est noté qu'Antoine présente un **comportement difficile** avec des colères, des pleurs, des hurlements, de l'agressivité. Il ne comprend pas le sens de la sanction, notion qui sera par ailleurs travaillée avec ses éducateurs dès son admission.

#### Prises en charge :

Antoine est pris en charge depuis octobre 2009 en psychothérapie.

Il est également intégré dans différents ateliers : atelier sensoriel, atelier troubles alimentaires depuis janvier 2010 et atelier activités motrices.

Au niveau pédagogique, Antoine est scolarisé à temps partiel, et un PPS, Projet Personnalisé de Scolarisation, est mis en place.

Une prise en charge en psychomotricité est également débutée lors de son arrivée à l'ITEP.

La prise en charge orthophonique a quant à elle débutée en septembre 2010.

*Suite aux différents bilans réalisés, on en retire qu'Antoine est un enfant au **contact fluctuant** ; il peut être dans l'échange comme il peut paraître absent. Il présente un **comportement instable**, parfois difficile à gérer. Un **retard de parole et de langage** est noté, de même que certaines **altérations au niveau de la communication**.*

Je rencontre Antoine le 1er février 2011. Il est alors âgé de 8ans 6mois.

Je réalise un bilan afin d'observer différents comportements cotés par la BECS et le CHAT.

Le descriptif de la séance se trouve en annexe n°3.

#### Observations selon le protocole de la BECS :

Antoine obtient les résultats suivants :

- *Régulation du comportement* : Antoine obtient le niveau 4 (stade VI, représentation des actions et gestes par rapport à son environnement et par une anticipation des résultats de ses actions sur le milieu environnant). Cependant on note que les niveaux 1 et 2 sont totalement échoués. Antoine ne montre pas de résistance lorsque je reprends un objet avec lequel il est en train de jouer. Il n'utilise jamais le « non » pour interrompre une activité, il se contente de me rendre l'objet sans explication. Il ne cherche pas non plus à poursuivre une activité quand j'interromps celle-ci.

Antoine répond donc aux niveaux 3 et 4 pour ce domaine (il répond à un ordre simple, il rend un objet à un adulte, ...) mais on voit à travers les deux premiers niveaux qu'il ne semble pas capable de s'affirmer, il se laisse faire par l'examineur.

- *Interaction sociale* : niveau 4
- *Attention conjointe* : niveau 4
- *Langage expressif* : niveau 4
- *Langage compréhensif* : niveau 4

Pour ces quatre domaines, Antoine obtient le degré 2 à quasiment tous les items de chaque niveau. On peut donc dire qu'il manifeste un comportement assuré et stable sans aucune aide pour ces domaines.

- *Imitation vocale* : niveau 4. Antoine obtient la plupart du temps un score de 1, ce qui équivaut à un comportement peu stable. En effet, lorsque je produis un son ou un bruit familier au cours du jeu, il n'imité pas spontanément, je dois l'inviter plusieurs fois à le reproduire.

- *Imitation gestuelle* : Antoine obtient le niveau 3 (stade V, réactions circulaires tertiaires). Antoine a un comportement stable pour les niveaux 1 et 2. Il peut imiter un geste ou une action connue. Le niveau 3 (imitation d'une action inhabituelle) montre un comportement plutôt mal assuré, avec besoin d'aide de la part de l'examineur. Le niveau 4 est échoué.
- *Relation affective* : la cotation donne un niveau 4 avec quelques items peu stables. Cependant, ce domaine n'ayant été coté que partiellement selon les observations et les rencontres avec les éducateurs, mais sans pouvoir rencontrer les parents d'Antoine, nous ne préférons pas nous prononcer sur les résultats obtenus dans ce domaine.
- *Expression émotionnelle* : niveau 4. Antoine obtient la plupart du temps un score de 1, ce qui équivaut à un comportement peu stable. Il n'exprime pas spontanément ses émotions ou alors de façon aléatoire.

Antoine obtient donc le niveau 4 pour quasiment tous les domaines. Cependant, les résultats pour les items de chaque domaine se révèlent très hétérogènes.

*D'après le protocole de la BECS, Antoine semble avoir de **bonnes capacités d'interaction sociale, d'attention conjointe et de langage expressif et compréhensif**, domaines qui sont déficitaires chez les enfants autistes.*

*Les domaines régulation du comportement, imitation vocale, imitation gestuelle et expression émotionnelle se révèlent peu stables.*

#### Observations selon le protocole du CHAT :

Tout au long de la séance Antoine m'a bien regardée dans les yeux, aux moments opportuns, avec un regard franc.

Lorsque je pointe un objet, Antoine regarde immédiatement dans sa direction, le pointe à son tour et le nomme.

Lorsque je lui propose de jouer à la dînette, il s'y prête avec plaisir et fait semblant de faire à manger, de nous servir et de manger, bien que tous les aliments soient un peu mélangés (fruits avec les légumes). Cependant je note que lorsque je lui propose de

jouer avec les téléphones, il fait semblant de les faire sonner, de décrocher mais ne poursuit pas la conversation que j'essaie d'instaurer.

Quand je lui demande où est la lumière, il la pointe sans hésitation et verbalise.

Lorsque je lui donne des cubes pour faire une tour, il effectue d'abord une construction de son choix, puis quand je lui demande de faire une tour il la fait et arrive à empiler plusieurs cubes.

*Antoine paraît donc répondre à tous les items du CHAT. Il possède le pointage, joue à faire semblant, et dirige son regard vers l'interlocuteur. Ceci confirme le diagnostic de dysharmonie évolutive, bien qu'il soit fait mention de traits autistiques.*

#### Conclusion :

Antoine est **performant dans les domaines de l'interaction sociale, de l'attention conjointe, du langage expressif et compréhensif**. Il a un **regard franc, joue à faire semblant** et réussit le **pointage** qu'il soit proto-déclaratif ou proto-impératif.

Antoine présente **quelques lacunes dans les domaines de la régulation du comportement, de l'imitation vocale et gestuelle et de l'expression émotionnelle**, ce qui explique la notion de traits autistiques dans son diagnostic.

Une prise en charge orthophonique orientée sur l'affirmation de soi, l'expression de ses émotions et la compréhension des émotions de l'autre, ainsi que l'imitation pourrait lui être proposée.

### **1.1.2. Cas de Pierre**

#### Anamnèse :

Pierre est né le 20/03/2001.

Il a été sevré à la méthadone à la naissance.

Il est le dernier d'une fratrie de 4 enfants. Le troisième enfant est décédé à l'âge de quelques mois. Les autres enfants sont confiés en garde à l'ASE (aide sociale à l'enfance).

Il y a une médiatisation des contacts parents/enfants.

En 2006, un bilan psychologique a été réalisé (test du Terman Merrill). Son score était de 2ans4mois en âge mental pour un âge réel de 4ans6mois.

En septembre 2006, une consultation en hôpital de jour pose la question d'un **TED de nature autistique ou psychotique**.

Pierre est admis à l'ITEP en octobre 2007.

#### Diagnostic :

Lors de la demande MDPH le diagnostic posé est celui de **troubles envahissants du développement**.

Au niveau clinique, Pierre présente des signes de TED. Il est très **angoissé**, immature et très sensible à l'environnement. Il a un **regard évitant**. C'est un enfant tourmenté qui a besoin d'anticiper tout changement.

Il a des **rituels envahissants, obsessionnels**. Il exprime des peurs extrêmes.

C'est un enfant qui **ne joue pas**, ni seul, ni avec un objet.

Il a un rapport réel/imaginaire problématique.

Il présente une déficience légère.

#### Différents bilans réalisés :

- Bilan psychologique :

Un bilan a été réalisé en décembre 2009. Il est noté un retard intellectuel avec hétérogénéité des résultats au profit des épreuves non verbales.

Pierre présente des **capacités des communication et d'adaptation sociale**.

Il montre des **traits caractéristiques d'un TED**.

- Bilan psychomoteur :

Pierre présente une hypertonie, une hyper-réactivité au toucher, une instabilité et se montre impulsif. Une prise en charge est préconisée dès son admission.

- Observations au niveau éducatif et pédagogique :

Avant l'entrée à l'ITEP, l'enfant passe une semaine dans l'établissement afin d'observer son comportement et son adaptation notamment au niveau scolaire et éducatif. Au terme de cette semaine, Pierre est décrit comme un enfant **ne sachant pas exprimer ce qu'il ressent** et ayant des **troubles relationnels**. Il présente des **difficultés d'attention et de concentration** et manque de confiance en lui. Cependant, c'est un enfant débrouillard sur le plan de l'autonomie.

Prises en charge :

Pierre est suivi en psychothérapie et en psychomotricité dès son entrée à l'ITEP.

Un suivi éducatif est également mis en place.

Au niveau pédagogique, il est scolarisé à mi-temps dans une CLIS TED.

Il est par ailleurs intégré dans différents ateliers (arts visuels et motricité fine en 2009, atelier sensoriel en 2008).

Pierre ne bénéficie **pas de prise en charge orthophonique**.

*Suite aux différents bilans réalisés, on observe que Pierre présente les **traits d'un TED**, accompagnés d'un retard intellectuel. **Il ne semble pas savoir exprimer ce qu'il ressent, mais présente toutefois des capacités de communication.***

Je rencontre Pierre le 15 février 2011. Il est alors âgé de 9 ans 10 mois.

Je réalise un bilan afin d'observer différents comportements cotés par la BECS et le CHAT.

Le descriptif de la séance se trouve en annexe n°4.

Observations selon le protocole de la BECS :

Pierre obtient les résultats suivants :

- *Régulation du comportement* : Pierre obtient le niveau 4 (stade VI, représentation des actions et gestes par rapport à son environnement et par une anticipation des résultats de ses actions sur le milieu environnant). Pierre répond aux items de façon aléatoire (une fois l'item est réussi dans une activité, une fois il est échoué dans une autre). Son comportement n'est pas stable.
  
- *Interaction sociale* : niveau 4
- *Attention conjointe* : niveau 4
- *Langage expressif* : niveau 4
- *Langage compréhensif* : niveau 4

Pour ces quatre domaines, Pierre présente un comportement assuré, stable, sans aide de l'examinateur. Ces domaines sont généralement échoués chez les enfants autistes.

- *Imitation vocale* : niveau 4. Pierre répond aux items de façon aléatoire : il ne reproduit pas toujours spontanément les sons ou bruits familiers. Son comportement n'est pas stable.
- *Imitation gestuelle* : niveau 4. Pierre est capable d'imiter un geste ou une action connue ou inconnue, sans aide de l'examineur.
- *Relation affective* : la cotation donne un niveau 4. Cependant, ce domaine n'ayant été coté que partiellement selon les observations et les rencontres avec les éducateurs, mais sans pouvoir rencontrer les parents de Pierre, nous ne préférons pas nous prononcer sur les résultats obtenus.
- *Expression émotionnelle* : niveau 4. Pierre n'exprime pas toujours ses émotions et ne réagit pas toujours aux mimiques de l'examineur. Son comportement n'est pas stable.

Pierre obtient donc le niveau 4 pour tous les domaines. Cependant, les résultats pour les items de chaque domaine se révèlent parfois hétérogènes.

*D'après le protocole de la BECS, Pierre semble avoir de **bonnes capacités d'interaction sociale, d'attention conjointe, de langage expressif et compréhensif, ainsi que d'imitation gestuelle**, domaines qui sont déficitaires chez les enfants autistes.*

*Les domaines régulation du comportement, imitation vocale et expression émotionnelle se révèlent peu stables.*

#### Observations selon le protocole du CHAT :

Pierre a un regard bien dirigé vers l'interlocuteur et franc.

Lorsque je pointe un objet, il se retourne vers l'objet, le nomme et demande même pour jouer avec.

Lors du jeu avec la dînette, Pierre fait semblant de faire à manger, de nous servir et de manger.

Lors du jeu avec les téléphones, il les utilise correctement et entame même une conversation téléphonique.

Lorsque je lui demande où se trouve la fenêtre, il me répond « là » mais ne pointe pas et ne regarde pas vers la fenêtre. Lorsque je lui demande une deuxième fois il fait un signe de la tête en direction de la fenêtre mais toujours sans la regarder et sans la pointer.

Quand je lui demande de faire une tour avec les cubes, il me demande d'abord ce qu'est une tour puis, une fois que je lui ai expliqué, il en construit une avec plusieurs cubes.

*Pierre semble donc répondre aux items du CHAT. Il possède le pointage, joue à faire semblant et a un regard bien dirigé vers l'interlocuteur. Le diagnostic de troubles envahissants du développement se confirme, celui-ci étant différent de l'autisme.*

Conclusion :

Pierre est **performant dans l'interaction sociale, l'attention conjointe, le langage compréhensif et expressif et l'imitation gestuelle**. Il a un **regard franc et joue à faire semblant**.

Pierre présente **quelques difficultés dans le pointage proto-déclaratif**, ainsi que dans les domaines de la **régulation du comportement, de l'imitation vocale et de l'expression émotionnelle**.

Une prise en charge orthophonique pourrait lui permettre de s'affirmer un peu plus, d'exprimer de façon plus certaine ses intentions et ses émotions et de mieux comprendre celles d'autrui.

### 1.1.3. Cas de Maxime

Anamnèse :

Maxime est né le 14/04/1999, à 8 mois ½.

L'accouchement s'est déroulé sans difficulté.

Il est le premier d'une fratrie de quatre. Il a deux sœurs et un frère.

Il a vécu quelques années sur l'île de la réunion d'où est originaire son papa.

Il a été placé en famille d'accueil suite à un climat de violence intrafamiliale.

Il est arrivé en métropole en 2005, et a été placé en foyer de l'aide sociale à l'enfance.

Ses parents sont aujourd'hui séparés.

On note que la maman a suivi un parcours IMPro (Institut Médico-Professionnel) plus jeune.

Sa maman le décrit comme un bébé remuant. Elle a par ailleurs noté une **régression sur le plan du langage vers l'âge de 3 ans.**

En CP, il est scolarisé en CLIS puis un dossier MDPH est déposé en 2006.

Maxime est admis à l'ITEP en février 2007 en internat de semaine.

#### Diagnostic :

D'après le médecin psychiatre, Maxime présentait à son arrivée à l'ITEP, un tableau de **dysharmonie psychotique** avec une confusion réel/imaginaire, une instabilité psychomotrice et une perméabilité à l'environnement émotionnel.

Aujourd'hui, en référence à la CFTMEA, Maxime présente un **TED atypique** avec un style relationnel « abandonnique » et des difficultés cognitives.

En mars 2010, une nouvelle demande MDPH a été faite afin qu'il soit orienté vers un IME.

#### Différents bilans réalisés :

- Bilan psychologique :

Plusieurs bilans psychologiques ont été réalisés.

- ✓ En janvier 2007, dans l'optique de son admission, le bilan fait état d'une

**communication verbale et non verbale altérées.**

Il refuse les épreuves verbales, **son vocabulaire se révèle pauvre, sa syntaxe limitée.** Il est noté **un retard de parole et de langage.**

Il présente également un trouble de la fonction symbolique.

Maxime a un **contact immature.** Les moments de partage sont courts et il existe **peu de contacts visuels.**

Les **expressions d'affects sont pauvres.**

Maxime exprime beaucoup d'**anxiété**, pose beaucoup de questions.

Il présente une instabilité motrice. Cependant, ses capacités d'attention et d'observation sont très développées.

Pour la psychologue, Maxime présente un **trouble envahissant du développement.**

✓ En mars 2008, un deuxième bilan est réalisé. La psychologue utilise le test du K ABC (The Kaufman Assessment Battery for Children) de Kaufman. Ses résultats au test intellectuel sont faibles.

**Ses capacités de communication semblent avoir bien évoluées**, même s'il présente toujours un contact immature.

Il présente de **faibles capacités de mémoire de travail auditive**. Il montre des difficultés à symboliser le temps et la chronologie. Il présente toujours **un retard de parole et de langage**.

On note encore un trouble de la fonction symbolique et une mauvaise différenciation réel/imaginaire.

Il exprime toujours beaucoup d'**anxiété** mais ses questions ont diminué.

L'instabilité motrice est toujours présente, accompagnée d'une instabilité psychique.

Il connaît quelques règles sociales.

Il lui est difficile d'attribuer une émotion à autrui ou d'interpréter un comportement.

D'après la psychologue, un **noyau psychotique est persistant** et Maxime présente un **profil dysharmonique**.

✓ En mars 2010, un dernier bilan a été réalisé. Le test du K ABC II a été utilisé, ainsi que l'épreuve de compréhension du WISC IV (Wechsler Intelligence Scale for Children).

Les mêmes difficultés sont toujours relevées chez Maxime : **anomalie des interactions sociales, réciprocité émotionnelle faible**, pas d'anticipation des réactions, instabilité motrice et psychique, symbolisation déficitaire, **retard de parole et de langage** toujours présent, et une pensée magique qui perdure.

Selon la psychologue, Maxime vit dans un monde fragmenté, potentiellement dangereux, ce qui provoque de **fortes angoisses** chez lui.

- Bilan psychomoteur :

Maxime est décrit comme un enfant **très, voire trop, câlin**. Il présente des difficultés de coordination. Le schéma corporel et les notions spatiales sont connus.

Maxime présente des difficultés psychomotrices au niveau de la coordination manuelle fine, de l'utilisation de son corps. Il présente une certaine impulsivité et des tics.

Maxime paraît **manquer de confiance en lui**. Il est par ailleurs empli d'**angoisses**, où il confond jeu et réalité.

- Bilan orthophonique :
- ✓ Un premier bilan orthophonique de janvier 2007 fait état de **troubles de la communication non verbale et verbale**. Un **retard de parole et de langage** était noté, avec des difficultés d'évocation voire un manque du mot de même que des difficultés de compréhension. Maxime a un **regard fuyant**, mais **aime la proximité de l'adulte**.
- ✓ Un bilan d'octobre 2008 montre que Maxime **respecte le tour de rôle**, est **dans l'attention conjointe** mais que ses **mimiques se révèlent pauvres** et sans nuance. Des **troubles de la communication verbale et non verbale** sont également relevés.
- ✓ Un dernier bilan de septembre 2010 rapporte également un **retard de langage** avec des **troubles de la personnalité**. Maxime est encore **très en demande de câlins**. Il est présenté comme un enfant **volontaire pour l'échange** et **recherchant le regard** de son interlocuteur. Une prise en charge avec l'utilisation de l'approche DNP (Dynamique Naturelle de la Parole) est commencée.

- Observations au niveau éducatif et pédagogique :

Avant l'entrée à l'ITEP, l'enfant passe une semaine dans l'établissement afin d'observer son comportement et son adaptation notamment au niveau scolaire et éducatif. Maxime est décrit comme un enfant ayant **beaucoup d'angoisses**, mais qui parvient à parler de ses peurs psychotiques. Il présente **quelques difficultés à s'adapter au groupe** au début. Par ailleurs il montre peu de motivation en classe.

#### Prises en charge :

Maxime bénéficie d'un suivi en orthophonie et en psychomotricité.

Il est intégré dans divers ateliers : motricité fine en 2008-2009, atelier sensoriel en 2007 et en 2008, atelier musique en 2007-2008, atelier terre depuis 2008.

Au niveau scolaire, un PPS est mis en place en 2007, à son entrée à l'ITEP.

Suite aux différents bilans réalisés, on note que Maxime est un enfant qui paraît être **dans la communication**, celle-ci ayant bien évolué depuis son arrivée à l'ITEP. Cependant son rapport à l'adulte reste problématique. Maxime présente **un retard de langage persistant accompagné de troubles de la personnalité, et de fortes angoisses** sont toujours présentes.

Je rencontre Maxime le 8 février 2011. Il est alors âgé de 11 ans 9 mois.

Je réalise un bilan afin d'observer différents comportements cotés par la BECS et le CHAT.

Le descriptif de la séance se trouve en annexe n°5.

#### Observations selon le protocole de la BECS :

Maxime obtient les résultats suivants :

- *Régulation du comportement* : Maxime obtient le niveau 4 (stade VI, représentation des actions et gestes par rapport à son environnement et par une anticipation des résultats de ses actions sur le milieu environnant). Cependant, Maxime échoue totalement les niveaux 1 et 2. Il ne résiste pas quand je lui reprends un objet avec lequel il est occupé, il n'emploie pas le « non » quand il souhaite interrompre une activité, il ne s'affirme pas réellement.
- *Interaction sociale* : niveau 4. Les items montrent un comportement mal assuré. Le regard n'est pas toujours franc, voire même parfois fuyant. Maxime ne sollicite jamais l'autre pour engager un jeu.
- *Attention conjointe* : niveau 4. Maxime présente un comportement stable.
- *Langage expressif* : niveau 4. Maxime présente un comportement qui se révèle parfois assuré et parfois peu stable : il ne commente pas ses actions, il n'emploie pas toujours le « moi », ses vocalisations ne sont pas toujours adaptées aux contextes.
- *Langage compréhensif* : niveau 4. Maxime présente un comportement assuré.

- *Imitation vocale* : niveau 4. La cotation montre un comportement qui n'est pas stable. Maxime reproduit des sons ou des bruits lors du jeu uniquement lorsque je lui demande. Il ne le fait pas spontanément.
- *Imitation gestuelle* : niveau 4. Les items sont cotés de degré 1 pour la plupart. Maxime ne reproduit pas une action qui est inhabituelle pour lui, et les gestes familiers sont parfois imités approximativement.
- *Relation affective* : La cotation donne un niveau 1 (réactions circulaires secondaires). Cependant, ce domaine n'ayant été coté que partiellement selon les observations et les rencontres avec les éducateurs, mais sans pouvoir rencontrer les parents de Maxime, nous ne préférons pas nous prononcer sur les résultats obtenus.
- *Expression émotionnelle* : niveau 4. Les items révèlent un comportement mal assuré voire échoué pour la moitié d'entre eux. Maxime montre des difficultés à exprimer ses émotions, ce qu'il ressent, et ne semble pas comprendre ce que ressent l'autre.

Maxime obtient donc le niveau 4 à tous les domaines excepté celui de la relation affective. Cependant, les résultats pour les items de chaque domaine se révèlent très hétérogènes.

*D'après le protocole de la BECS, Maxime semble avoir de **bonnes capacités d'attention conjointe, de langage compréhensif**, domaines qui sont déficitaires chez les enfants autistes.*

*Les autres domaines se révèlent peu stables.*

#### Observations selon le protocole du CHAT :

Maxime me regarde dans les yeux durant la séance mais son regard n'est pas stable, il est fuyant. Cela semble le gêner d'avoir un contact oculaire avec une autre personne.

Lorsque je pointe un objet, Maxime le regarde immédiatement.

Lors du jeu de la dînette, Maxime réalise correctement les étapes de la préparation du repas en verbalisant ce qu'il fait.

Lorsque nous jouons avec les téléphones, il le décroche directement sans faire semblant de faire un numéro ou de le faire sonner, mais participe à la conversation même s'il l'interrompt rapidement.

Quand je lui demande où est sa salle de classe, il effectue un geste de la tête en direction de celle-ci mais ne la pointe pas.

Quand je lui donne des cubes pour faire une tour, il la réalise et est capable d'empiler plusieurs cubes.

*Maxime réussit donc les items du CHAT, il semble posséder le **pointage**, joue à **faire semblant**, mais on note que le regard n'est pas stable .*

#### Conclusion :

Maxime est **performant dans l'attention conjointe et le langage compréhensif**. Il joue à **faire-semblant** et le **pointage** semble en place. Le domaine du **langage expressif** semble en bonne voie d'être maîtrisé.

Maxime présente plus de **difficultés dans les domaines de la régulation du comportement, de l'interaction sociale, de l'imitation vocale et gestuelle et de l'expression émotionnelle**.

Une prise en charge orthophonique pourrait lui permettre de s'affirmer, d'apprendre à établir un contact visuel plus franc afin de mieux interagir avec son interlocuteur, de travailler l'imitation, d'exprimer ses intentions et ses émotions et de mieux comprendre celles d'autrui.

## **1.2. Enfants rencontrés en pédopsychiatrie**

### **1.2.1. Cas de Paul**

#### Anamnèse

Paul est né le 10 avril 2004.

Il est l'aîné d'une fratrie de deux enfants. Ses parents vivent maritalement.

Ses troubles ont été remarqués quand il a eu un an et demi ; **il avait des troubles du langage, une inadéquation du comportement, une agressivité par rapport**

**aux autres enfants. Il supportait mal les changements** de meubles, par exemple, le décalage dans l'heure des repas, il était sensible aux bruits de l'aspirateur...

De plus, Paul a été sous ritaline pendant un certain temps ; il ne l'est plus actuellement.

#### Diagnostic posé

Le 18 décembre 2007, Paul, âgé de 3 ans 8 mois, a été diagnostiqué, à l'aide de la CIM 10, comme un « **enfant présentant des troubles envahissants du développement** ».

#### Différents bilans réalisés :

- Bilan psychologique

Le 26 novembre 2007, Paul est évalué avec le test ADI-R (Autisme Spectrum Disorders), qui est un Entretien semi-structuré pour le Diagnostic de l'Autisme. Les scores de Paul (6 pour le comportement restreint, répétitif et stéréotypé, 5 pour l'anomalie du développement avant 36 mois) sont en adéquation avec le **diagnostic de l'autisme pour ce test**.

Le 30 juin 2009, Paul, âgé de 5 ans 2 mois 20 jours, est évalué avec le K-ABC . Il présente un **profil hétérogène** avec de très bons domaines comme la reconnaissance de forme et des domaines plus faibles comme les personnes et lieux connus, la mémoire immédiate de chiffres.

- ✓ **Reconnaissance de forme : AD 8 ans 6 mois**
- ✓ Mémoire immédiate de chiffres : AD 3 ans
- ✓ Mémoire spatiale : 4 ans 9 mois
- ✓ Matrice analogique : AD 4 ans 3 mois
- ✓ **Suite de mots : AD 4 ans 9 mois**
- ✓ **Personnes et lieux connus : AD 2ans 9 mois**
- ✓ Lecture et déchiffrement : 5 ans 6 mois

Le 9 mars 2010, à 5 ans 11 mois, il obtient un score de 24,5 au CARS (Childhood Autism Rating Scale) ; ce score fait partie de la catégorie « **non autistique** ».

- Bilan orthophonique

Paul a été suivi en orthophonie de façon individuelle puis en groupe.

Le 29 mai 2009, l'orthophoniste note que Paul possède un **vocabulaire riche, connaît tous les phonèmes isolément**, fait quelques assimilations et simplifications et **n'utilise pas le « je »**.

- Bilan éducatif

Les 10 et 17 décembre 2007, Paul a passé les épreuves du PEP-R (Profil Psycho-Educatif). Il est décrit comme ayant une attitude pleine de curiosité, d'écoute, d'attention, il accepte et recherche les activités qui l'intéressent. Les domaines les plus réussis sont la motricité globale et la perception. **Les difficultés portent sur l'attention, la compréhension et la cognition verbale.**

A cette date, il a 3 ans et 8 mois soit 44 mois.

- ✓ **Imitation : AD (Age de Développement) de 25-27 mois**
- ✓ Perception : AD 34-41 mois
- ✓ Motricité fine : AD 27-28 mois
- ✓ Motricité globale : AD 40-51 mois
- ✓ Coordination oculo-manuelle : AD 22-25 mois
- ✓ **Performance cognitive : AD 21-22 mois**
- ✓ **Cognition verbale : 21-22 mois.**

En conclusion, il obtient un âge développemental de 32-37 mois pour un âge réel de 3 ans 8 mois, soit 44 mois. Son âge émergent est de 2 ans 10 mois (34 mois) et son âge acquis est de 1 an 11 mois (23 mois).

En juin 2009, il passe un nouveau PEP-R.

Il obtient les scores suivants pour un âge réel de 5 ans 2 mois :

- ✓ **Imitation : AD 4ans 6 mois**
- ✓ Perception : AD 5ans4mois
- ✓ Motricité fine : AD 5 ans
- ✓ Motricité globale : AD 5 ans 2 mois
- ✓ Coordination oculo-manuelle : AD 5 ans 4 mois
- ✓ Performance cognitive : AD 5 ans6 mois
- ✓ Cognition verbale : AD 4ans 4 mois

En conclusion, il obtient un âge émergent de 4 ans 11 mois, un âge acquis de 4 ans 1 mois pour un âge réel de 5 ans 2 mois.

La motricité globale reste un domaine performant chez Paul alors que **l'imitation et la cognition verbale restent plus faibles**. Nous notons que le domaine de la performance cognitive est supérieur à l'âge réel lors du second PEP-R alors que ce n'était pas le cas auparavant.

- Bilan pédagogique

Le 12 mai 2009, l'école note que Paul fait des progrès en classe.

En mars 2010, Paul **met le groupe en difficulté** selon le suivi de scolarisation. Un projet en CLIS est soumis.

- Autres bilans

Le 25 septembre 2009, le service de génétique de la région informe qu'aucune anomalie n'est à signaler concernant le génome de Paul.

#### Prise(s) en charge

Il est actuellement scolarisé en C.L.I.S. Il va plusieurs fois par semaine en pédopsychiatrie et est suivi par un SESSAD.

Sa prise en charge en pédopsychiatrie a débuté en novembre 2006 dans un département d'outre-mer ; il était suivi par un Centre Médico-Psychologique et a été évalué par le C.R.A. (Centre Ressource Autisme) de ce département.

Il consulte en pédopsychiatrie depuis septembre 2008 en métropole.

*En conclusion des divers bilans réalisés, Paul est un enfant ayant **de bonnes capacités expressives** et possédant de **bonnes capacités mnésiques**. Néanmoins, il est **en difficulté** dans **l'imitation, dans l'attention et son comportement** est parfois difficile.*

#### Passation de la BECS

La passation de la B.E.C.S., a eu lieu le 26 janvier 2011 ; Paul a 6 ans 9 mois. Cette passation n'a évalué que le domaine socio-émotionnel et a duré 19 minutes.

Le déroulement de la passation se trouve en Annexe n°6.

Il valide tous les niveaux de chaque item, néanmoins certains points sont à nuancer.

- *Régulation du comportement* : niveau 4, représentation et prévision

Paul est capable de résister à la prise d'objet, de repousser un objet indésirable mais ne s'agite pas quand un spectacle intéressant s'interrompt. Il valide alors le niveau 1 sans pouvoir répondre au dernier item. Pour le niveau 2, qui est validé, il ne se montre pas opposant quand l'adulte lui reprend un jouet attrayant. En effet, Paul est tout à fait **capable de réguler son comportement sans être dans une opposition marquée à l'adulte**, il peut dire les choses quand il n'est pas d'accord.

- *Interaction sociale* : niveau 4, représentation et prévision

Paul est **dans l'interaction sociale** ; il entraîne souvent l'autre dans des jeux de faire-semblant, des jeux sociaux avec ou sans objet.

- *Attention conjointe* : niveau 4, représentation et prévision

Paul répond à tous les items sans difficulté. Il sait décrire ce qu'il a vécu quand il vivait en Martinique, par exemple.

- *Langage expressif* : niveau 4, représentation et prévision

Paul est un enfant qui **possède un langage oral riche en vocabulaire** dans certains domaines comme celui des poissons. **Il dit également « moi », « je »** dans ses phrases lorsqu'il parle de lui.

- *Langage compréhensif* : niveau 4, représentation et prévision

Paul comprend tout à fait quand il fait une bêtise si l'adulte hausse le ton par exemple. Il peut réaliser une action non conventionnelle comme chanter avec une brosse comme micro. **Il comprend des phrases de plusieurs mots et environ 100 mots.**

- *Imitation vocale* : niveau 4, représentation et prévision

Paul **peut imiter** correctement les mots familiers et les mots nouveaux. Néanmoins, il possède **un léger trouble de parole**.

- *Imitation gestuelle* : niveau 4, représentation et prévision

Il est capable **d'imiter un geste** qu'il connaît et aime imiter une action inhabituelle par défi. De même, imiter une action non familière dont il ne verrait pas le résultat.

- *Relation affective* : niveau 4, représentation et prévision

Cet item est relatif car la séance n'a pas été faite en présence des parents ; nous nous rapportons donc aux dires des professionnels entourant Paul.

Paul **manifeste de la joie en voyant des personnes familières** telles que les éducateurs. Il possède un objet consolateur, différencie son entourage. Dans son groupe en pédopsychiatrie, Paul est un enfant qui s'affirme, qui tente de s'imposer. De plus, il peut manifester des réactions ambivalentes envers certains de ses camarades ; il les provoque puis veut jouer avec eux.

- *Expression émotionnelle* : niveau 4, représentation et prévision

Il réagit émotionnellement aux mimiques de l'adulte ; lors de la séance, les pleurs de l'adulte l'intrigue et il demande la raison. Lors de la présentation d'un objet inhabituel, il n'est pas surpris mais intrigué et curieux. Son image dans le miroir l'intrigue et il fait des grimaces et s'observe sans manifester de crainte. Paul, étant **capable de savoir si les adultes approuvent son attitude**, se montre embarrassé après une réprimande ; la manifestation de mépris ou de dégoût suite à un échec est difficile à évaluer.

*En conclusion de la BECS, Paul obtient un niveau 4 de moyenne pour le domaine socio-émotionnel. Ce niveau correspond à un âge développemental de 18 à 24 mois pour un âge réel de 6 ans 9 mois 16 jours. Il possède des **capacités dans tous les items évalués dans le domaine socio-émotionnel.***

#### Passation du C.H.A.T.

La passation de la B.E.C.S. a permis, dans un même temps, de pouvoir répondre aux divers points du C.H.A.T.

Pendant l'évaluation, Paul m'a regardé plusieurs fois dans les yeux.

Lors du pointage d'un objet en nommant celui-ci, il a regardé dans la direction de l'objet et non seulement ma main.

Lors du jeu de faire-semblant, il fait semblant de boire dans la tasse quand il la sort de la boîte.

J'ai demandé à Paul d'éteindre la lumière sans faire de geste. Il y est allé.

Paul est capable de construire une tour de plusieurs cubes.

*En conclusion du C.H.A.T, Paul ne présente pas les trois domaines échoués pour conclure éventuellement à la notion d'autisme. Il possède le pointage proto-déclaratif, le faire-semblant, l'intérêt social, le jeu social et l'attention conjointe. Ces domaines sont stables et permettraient de penser que Paul semblerait ne pas entrer dans la définition de l'autisme. Ceci rejoindrait le diagnostic posé, par le centre ressource autisme, de troubles envahissants du développement. En effet, le diagnostic posé n'est pas celui d'autisme.*

Conclusion :

Paul est un **enfant vif, intéressé et possédant un bon niveau de langage**. Tout au long des divers examens, **son diagnostic a évolué**. A l'heure actuelle, **il n'entre pas dans le diagnostic de l'autisme**. Il possède l'attention conjointe, est dans les interactions et dans la communication. Il a néanmoins, **des thèmes de prédilection** comme les poissons.

Le travail mené actuellement est accentué sur le comportement et les interactions.

La prise en charge orthophonique n'est plus individuelle mais se trouve dans des temps langage au sein d'un groupe.

Possédant un bon langage expressif et compréhensif, Paul **n'entre pas dans une prise en charge d'un enfant autiste sans langage**. Néanmoins, bien qu'étant très à l'aise dans la relation duelle, il est difficile à cadrer dans la relation de groupe et se montre **parfois opposant aux règles de vie quotidienne**. De plus, son langage, bien qu'étant approprié, n'est pas toujours clair car Paul **ne suit pas toujours une trame logique dans la conversation**.

### 1.2.2. Cas de Ronan

#### Anamnèse

Ronan est né le 15 mai 2005.

Il est venu consulter avec un pédopsychiatre de l'hôpital le 1<sup>er</sup> août 2007, à l'âge de 2 ans 2 mois. Ses parents décrivent des **troubles du contact** avec les autres enfants et des **gestes stéréotypés**. De plus, ils précisent qu'il est **sélectif dans son alimentation**. Ronan a marché à 14 mois.

Les deux parents travaillent et il a été gardé par une nourrice.

#### Diagnostic posé

Le 1<sup>er</sup> août 2008, le Centre référent des troubles du langage et des apprentissages conclue que Ronan a des « **troubles du langage dans un trouble de communication et de contact** ».

Les 7 et 8 janvier 2009, Ronan est allé au CRA . Les professionnels se sont appuyés sur les bilans précédents des soignants entourant Ronan. Ils ont ajouté le test des algorithmes des activités filmées ; il obtient un **score inférieur au seuil de l'autisme** mais **juste au niveau du seuil du spectre autistique**.

En conclusion de ce bilan, le CRA conclue que Ronan est porteur d' « **un trouble du spectre autistique infantile d'intensité modérée** ».

#### Différents bilans réalisés :

- Bilan psychologique

Ronan a été évalué à l'aide d'un CARS en octobre 2007. Il obtient un score de 30,5 ce qui le situe comme ayant de **légers traits autistiques**.

Un deuxième CARS a eu lieu le 25 novembre 2008 et donne des résultats similaires au précédent.

Durant les bilans passés au CRA en janvier 2009, Ronan a été évalué à l'aide de la BECS. Dans le domaine cognitif, il obtient un âge développemental de 18-24 mois pour un âge réel de 3 ans 7 mois 23 jours.

Dans le domaine socio-émotionnel, il obtient les scores suivants :

- ✓ Régulation du comportement : niveau 4, représentation et prévision.
- ✓ Interaction sociale : niveau 2, coordination des réactions circulaires secondaires
- ✓ Attention conjointe : niveau 4, représentation et prévision.
- ✓ Langage expressif : niveau 3, réactions circulaires tertiaires
- ✓ Langage compréhensif : niveau 4, représentation et prévision.
- ✓ Imitation vocale : niveau 4, représentation et prévision
- ✓ Imitation gestuelle : niveau 4, représentation et prévision
- ✓ Relation affective : niveau 1, réactions circulaires secondaires
- ✓ Expression émotionnelle : niveau 4, représentation et prévision

En conclusion, il obtient un niveau moyen de niveau 3, réactions circulaires tertiaires correspondant à un âge développemental de 12 à 17 mois 30 jours.

Au test de l'EDEI-R (Echelles Différentielles d'Efficiences Intellectuelles - forme Révisée), les performances de Ronan sont inférieures à celles d'un enfant de 3 ans. (Âge réel de 3 ans 7 mois 23 jours). A la WPPSI (Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence), son **quotient intellectuel est dans la catégorie moyen faible** par rapport à son âge.

Le 12 septembre 2009, un autre CARS est réalisé. Ronan obtient le score de 36,5 et donc entre dans le secteur du « **fonctionnement moyennement autistique** ». Les secteurs **les plus touchés sont les relations sociales, les réponses visuelles et la communication verbale.**

- Bilan orthophonique

Le 1<sup>er</sup> août 2008, le Centre Référent du Langage conclue à **un trouble du langage oral dans un trouble de la relation.**

Le 30 novembre 2009, l'orthophoniste note que Ronan fait de plus en plus de progrès, utilise plus de mots ; il possède un classeur de communication.

En mai-juin 2009, il est notamment suivi par une orthophoniste en SESSAD et une en pédopsychiatrie. Les deux s'accordent pour dire que Ronan est plus posé, plus dans la relation avec une meilleure attention et un langage oral qui se développe.

Les gestes LSF (Langue des Signes Française) et le PECS (Système de communication par Echange d'Image) sont des moyens augmentatifs de communication pour Ronan.

Une orthophoniste voit Ronan le 22 décembre 2009 ; le bilan indique qu'il existe un **trouble de la communication et du développement du langage verbal**. Néanmoins, elle note une évolution dans le langage et dans la dynamique relationnelle.

En octobre 2010, Ronan, scolarisé en grande section, passe le test Evaluation du Langage Oral (E.L.O.) et le Test des Concepts de Base de Boehm, version pré-scolaire. En comparaison avec des élèves de petite-section, il possède un **bon stock lexical et une compréhension globale correcte**. Cependant, il fait des **confusions phonémiques**, comme [ch]/[s] et [j]/[z] ou omet des [k] par exemple. Sa **morphosyntaxe** est également **déficitaire**.

Au niveau du Test de Boehm, il obtient un **niveau moyen de 4 ans**, équivalent à la moyenne section pour un âge réel de 5 ans et demi. Il ne maintient **pas longtemps son attention**, doit être remobilisé régulièrement et **a tendance à ne pas tenir compte de ce qui est demandé**.

- Bilan psychomoteur

Le 14 janvier 2008, Ronan passe le bilan psychomoteur Brunet-Lézine. Il a 27 mois. Il obtient un âge moyen de développement de 14 mois 18 jours.

Au niveau du langage, il obtient un âge développemental de 3 mois 15 jours et dans le domaine de la socialisation, un âge de développement de 8 mois 15 jours.

- Bilan éducatif

Le 7 avril 2009, le PEP-R pour un âge réel de 3 ans 10 mois montre que Ronan a un âge acquis de 2 ans 1 mois et un âge émergent de 3 ans 1 mois. Il obtient les scores suivants :

- ✓ **Imitation : Acquis 1 an 4 mois, Emergent 3 ans**
- ✓ Perception : A 2 ans 2 mois, E 3 ans 2 mois
- ✓ Motricité finie : A 3 ans 3 mois, E 4 ans
- ✓ Motricité globale : A 2 ans 9 mois
- ✓ Coordination oculo-manuelle : A 3 ans 8 mois, E 4 ans
- ✓ Performance cognitive : A 2 ans 3 mois, E 3 ans 6 mois

✓ **Cognition verbale : A 1 an 8 mois, E 2 ans 8 mois**

Les domaines les plus faibles sont l'imitation et la cognition verbale.

Un PEP-R est réalisé le 7 avril 2010, Ronan étant alors âgé de 4 ans 11 mois. Il obtient un âge acquis de 4 ans 2 mois et un âge émergent de 4 ans 11 mois. Il obtient les scores suivants :

- ✓ **Imitation : Acquis 3 ans 10 mois, Emergent 4 ans 6 mois**
- ✓ Perception : A 5 ans 4 mois
- ✓ Motricité finie : A 5 ans 11 mois, E 6 ans
- ✓ Motricité globale : A 5 ans 2 mois
- ✓ Coordination oculo-manuelle : A 4 ans 4 mois, E 5 ans 9 mois
- ✓ Performance cognitive : A 4 ans 6 mois, E 5 ans 6 mois
- ✓ **Cognition verbale : A 3 ans 7 mois, E 3 ans 9 mois**

Les domaines les plus touchés sont les mêmes que précédemment.

- Bilan pédagogique

Le 9 avril 2009, Ronan est en petite section. Lors d'un suivi de scolarisation il est précisé que **Ronan recherche le contact avec les autres**.

Le 25 juin 2009, il est proposé une scolarisation en moyenne section à raison de 5 demi-journées par semaine. Il a une AVS, va au SESSAD et en pédopsychiatrie.

Le 18 janvier 2011, le projet est de faire passer Ronan en CP, soit le maintenir en maternelle, soit le faire entrer en CLIS.

- Autres bilans

Le 6 décembre 2007, l'EEG (Electro-EncéphaloGramme) de Ronan est normal.

Un bilan ORL (Oto-rhino-laryngologie) effectué le 3 avril 2008 ne met rien en évidence.

Au mois de janvier 2009, il n'a **pas été décelé d'anomalie génétique propre au syndrome de l'X fragile**. Il est précisé qu'il a un hypertélorisme et une IRM (Imagerie par Résonance Magnétique) montre une légère dilatation ventriculaire.

Prise(s) en charge :

A partir du 7 janvier 2008, le projet thérapeutique de Ronan a pour objectifs :

- ✓ Travailler sur l'attention conjointe
- ✓ Eveil sensori-moteur avec des jeux d'imitation à l'adulte, travail cognitif de lien entre la cause et les effets de manipulation d'objets
- ✓ Travail sur les émotions et l'éveil émotionnel
- ✓ Repas thérapeutique
- ✓ En orthophonie : organiser pour la déglutition et la mise en place des précurseurs du langage.

Ce projet thérapeutique a été revu le 27 août 2008 et a comme objectif de continuer le travail débuté précédemment.

Un nouveau projet thérapeutique est réalisé le 2 septembre 2009. Les objectifs sont les mêmes que précédemment. De plus, il faut travailler la transposition des capacités d'interaction et d'imitation en situation duelle à une situation de groupe et travailler sur la mise en œuvre des capacités cognitives par un éveil spécifique.

Le suivi de scolarisation du 30 novembre 2009 permet de faire une demande de temps supplémentaire avec l'AVS. De plus, le SESSAD propose plus de jeu symbolique.

*En conclusion des divers bilans réalisés, Ronan semble être à la **limite de la notion d'autisme** ; il possède des **troubles de l'imitation, la communication et du langage**. En effet, il fait des **confusions phonémiques**, a un niveau de **morphosyntaxe assez faible** mais un **bon stock lexical** et une **compréhension globale efficiente**. Néanmoins, **le langage** reste parfois « **plaqué** ». Ronan semble de plus en plus entrer en relation avec ses pairs.*

Passation de la BECS

Le 9 février 2011, Ronan passe les items de la BECS dans le domaine socio-émotionnel durant environ 20 minutes. Il est âgé de 5 ans 9 mois.

Le déroulement de la séance est en Annexe n°7.

Si l'on se réfère au protocole de la BECS, Ronan obtient les résultats suivants :

- *Régulation du comportement* : niveau 4, représentation et prévision

Ronan obtient le niveau maximal pour cet item. Or, Ronan ne valide pas tous les points de chaque niveau. En effet, **il utilise peu le « non »** pour interrompre son activité, il ne demande pas la permission à l'adulte avant de réaliser une action. Tous ces items sont dans les niveaux inférieurs au 4. Néanmoins, les 2 points du niveau 4 (répondre à trois ordres simples et demander deux objets distincts hors du champ visuel) sont réussis.

- *Interaction sociale* : niveau 4, représentation et prévision

Dans ses interactions sociales, Ronan peut présenter un **langage « plaqué »**.

Il essaie rarement d'atteindre une personne à proximité ; il ne valide pas tous les points du niveau 1. De plus, Ronan ne valide pas le niveau 3 ; en effet, il ne sait pas solliciter l'adulte pour engager avec lui un jeu social dans la durée. Il se lasse vite et écourte le jeu ou évince l'adulte. En outre, tous les points du niveau 4 sont acquis ; il appelle les personnes par leur prénom, utilise des phrases de 2 mots et établit un contact à l'aide de phrases.

- *Attention conjointe* : niveau 4, représentation et prévision

Ronan fixe l'objet pointé, il peut désigner des images dénommées. Il **peut répondre verbalement et gestuellement aux invitations d'autrui** ; néanmoins, il ne le fait pas toujours tout de suite, il faut parfois réitérer la demande. Il valide le niveau 4 de cet item car il peut donner des objets dénommés par l'adulte et les montrer après leur dénomination. Néanmoins, faire des phrases pour décrire une action vécue reste fragile, ses descriptions restent peu claires.

- *Langage expressif* : niveau 4, représentation et prévision.

Ronan est un enfant possédant **un langage expressif de bon niveau**. Il s'oppose par le « non ». **Il dit « je » et « moi »** mais très rarement. En effet, il dit souvent « c'est Ronan » quand il parle de lui.

- *Langage compréhensif* : niveau 4, représentation et prévision

Ronan **connaît environ 100 mots et comprend des phrases de plusieurs mots**. De plus, il peut réaliser des actions non conventionnelles comme se brosser les cheveux avec une cuiller.

- *Imitation vocale* : niveau 4, réactions circulaires tertiaires

Ronan peut reproduire des mots familiers et des bruits familiers. **Il sait imiter** immédiatement un mot nouveau et reproduire l'association de deux mots familiers.

- *Imitation gestuelle* : niveau 4, représentation et prévision

Ronan **peut imiter un geste** qu'il connaît ou une action dont il ne verrait pas le résultat. De plus, il peut imiter immédiatement trois gestes sans objets ; ses imitations sont réussies lors de jeux dans des temps de groupe.

- *Relation affective* : niveau 4, représentation et prévision

Ayant vu une fois les parents de Ronan, les résultats à cet item reposent sur les dires des professionnels.

Il possède un objet consolateur, peut pleurer quand il se sépare de ses parents, il **s'oppose par le « non »**. Néanmoins, il n'exprime pas clairement ses désirs aux personnes concernées et passe souvent par des gestes de violence comme un coup de pied. De plus, il semble éprouver du plaisir à provoquer l'autre et des **réactions ambivalentes** envers certains de ses camarades du groupe sont relevées ; il les rejette puis joue avec eux.

- *Expression émotionnelle* : niveau 2, coordination des réactions circulaires secondaires

Comme précédemment, Ronan peut manifester de la tristesse au départ de ses parents. De plus, il manifeste des réactions de crainte à l'apparition du miroir, de la souris mécanique, ce qui représente des objets inhabituels.

Ronan, en se regardant dans le miroir, a souri et s'est mis à conter une histoire de maquillage. Il n'a pas dit de suite qu'il s'agissait de lui-même. Après quelques demandes, il a dit que c'était Ronan dans la glace.

Dans le domaine socio-émotionnel, Ronan obtient un niveau moyen de 3, de réactions circulaires tertiaires correspondant à un âge développemental de 12 à 18 mois pour un âge réel de 5 ans 9 mois.

Comparativement aux résultats de la BECS des 7 et 8 janvier 2009, il existe quelques variations de niveaux. Le niveau moyen reste le même. Néanmoins, **les niveaux sont supérieurs dans les domaines de l'interaction sociale, du langage expressif, de l'imitation vocale et de la relation affective.** On note cependant, **une diminution de niveau dans le secteur de l'expression émotionnelle.** Lors du test, Ronan, en se regardant dans le miroir, a conté une histoire, n'a pas manifesté d'émotion et n'a pas dit « c'est moi » mais « c'est Ronan », ce qu'il reproduit en situation quotidienne.

#### Passation du C.H.A.T.

La passation de la B.E.C.S. a permis, dans un même temps, de pouvoir répondre aux divers points du C.H.A.T.

Pendant l'évaluation, Ronan m'a regardé plusieurs fois dans les yeux.

Lors du pointage d'un objet en nommant celui-ci, il a regardé ma main et non l'objet. Lors du jeu de faire-semblant, il fait semblant de boire dans la tasse après que je lui donne la tasse. Néanmoins, lors de la présentation d'une brosse, plus tard dans la passation, il fait semblant de se coiffer.

En demandant à Ronan « où est la lumière » il ne dit rien. Néanmoins, avec le système d'interrupteur pour abaisser les rideaux, il va vers ces derniers et dit « maintenant il va faire noir » quand nous sommes dans son groupe, avant le test.

Ronan est capable de construire une tour de plusieurs briques.

*En conclusion du C.H.A.T., Ronan ne présente pas les trois domaines échoués nécessaires pour conclure à la notion d'autisme. Il possède le pointage proto-déclaratif et le faire-semblant, mais ceci de manière peu stable. Néanmoins, il ne possède pas la notion d'attention conjointe de façon stable pour pouvoir valider cet item.*

*Ronan semblerait se trouver à la limite de la notion d'autisme, ce qui rejoindrait la conclusion du CRA du 7 janvier 2009 où il est noté que Ronan est porteur d'« un trouble du spectre autistique infantile d'intensité modérée ».*

Conclusion :

Ronan se situe à **la limite de l'autisme** sans entrer dans tous les domaines. **Il entre de plus en plus dans les interactions et est dans l'attention conjointe. Son langage est assez varié mais reste très « plaqué ».**

Actuellement, il a une prise en charge orthophonique individuelle et de groupe. Les domaines de **l'attention conjointe, l'interaction sociale et l'expression émotionnelle sont travaillés**. De plus, le domaine cognitif comprenant les pré-requis à la lecture, dont l'orientation spatiale, est abordé en rééducation ainsi que la narration de récit. Certains points peuvent être travaillés dans une prise en charge de l'enfant autiste ; il faut adapter la prise en charge à chacun en fonction des difficultés et des capacités de l'enfant.

### 1.2.3. Cas de Théo

Anamnèse

Théo est né le 29 juillet 2006. Il est le cadet d'une fratrie de deux garçons. Ses parents vivent maritalement. Il est noté dans son dossier qu'il est en conflit avec son frère. La mère parle d'un bon développement jusqu'à ce qu'il ait un an.

En octobre 2009, Théo est décrit comme un **enfant avec un jargon important**. Un an plus tard, ce jargon est toujours aussi présent ; Théo **fait de nombreuses écholalies, parfois adaptées à la situation**. De plus, il possède **un comportement de déambulation**.

**Il n'a pas été retrouvé de traces de X fragile.**

Diagnostic

Le 8 janvier 2010, nous trouvons dans son dossier, « **retard sévère avec troubles autistiques associés** ».

Le 16 janvier 2010, le diagnostic posé pour Théo est un « **retard cognitif important homogène avec Troubles Envahissants du Développement, retard important de développement** ».

### Différents bilans réalisés

- Bilan psychologique

Le 17 décembre 2009, il obtient le score de 37/60 à un C.A.R.S. ; il se place dans la catégorie « **légèrement à moyennement autistique** ».

Le 28 juin 2010, il obtient le score de 38/60 à un C.A.R.S. ; son score est augmenté de 1 point par rapport au dernier C.A.R.S., ce qui le place dans la catégorie « **fonctionnement psychique moyennement autistique** ».

Les secteurs les plus touchés sont les réponses émotionnelles, l'utilisation du corps, le goût, l'odorat, le toucher, la peur, l'anxiété et la communication non-verbale

- Bilan orthophonique

Le 5 janvier 2010, l'orthophoniste note que Théo **n'aime pas le contact physique, présente des stéréotypies visuelles et gestuelles**. Lorsque nous l'appelons par son prénom il regarde.

Au niveau de la communication non verbale, il est inexpressif mais possède un bon contact oculaire et quelques gestes conventionnels.

Au niveau verbal, **il babille, produit des cris et un langage automatique**.

Son niveau de développement langagier est de 8-9 mois ; il a un **retard, dans le langage, supérieur à 2 ans**.

- Bilan psychomoteur

Le 23 septembre 2009, Théo a été adressé au psychomotricien pour « retard de langage et léger décalage dans les autres acquisitions psychomotrices ». Le bilan conclue à un **retard de développement psychomoteur**.

- Bilan éducatif

En décembre 2009, la prise en charge sur le groupe d'évaluation de la pédopsychiatrie rend compte d'un **retard global dans l'acquisition des compétences**.

Le 12 janvier 2010, le projet thérapeutique vise à travailler avec Théo autour des pictogrammes.

Le projet éducatif d'août 2010 met en évidence la poursuite d'un travail des capacités d'attention conjointe et un travail sur l'autonomie.

Le 19 novembre 2010, une orientation vers une Institut Médico-Educatif a été proposée.

- Bilan pédagogique

En décembre 2009, il est noté que **Théo déambule** ; il possède des **troubles de la relation et un retard de développement**.

Néanmoins, Théo progresse dans le groupe.

#### Prise(s) en charge

Il est accueilli en pédopsychiatrie depuis le 23 septembre 2009, soit à 3 ans 2 mois.

Il va en classe d'éducation spécialisée plusieurs fois par semaine avec un des camarades de son groupe en pédopsychiatrie. Il est en maternelle depuis septembre 2009.

Durant l'année 2010, Théo a bénéficié d'un repas individuel, de Thérapies d'Echange et de Développement et de temps sensori-émotionnels.

Il n'a pas de prise en charge individuelle en orthophonie mais participe à des temps langage de groupe.

*En conclusion des divers bilans réalisés, Théo est un enfant présentant un retard cognitif avec un TED. Il jargonne, possède très peu de langage, est écholalique et fait des gestes stéréotypés. Il possède également des troubles de la relation et de la communication.*

#### Passation de la BECS

La passation de la B.E.C.S., a eu lieu le 19 janvier 2011 à 4 ans 5 mois. Cette passation n'a évalué que le domaine socio-émotionnel et a duré 21 minutes.

Le déroulement de la séance est en Annexe n°8.

Si l'on se réfère au protocole de la BECS, Théo obtient les résultats suivants :

- *Régulation du comportement* : niveau 3, réactions circulaires tertiaires

Théo peut répondre à un ordre simple et rendre un objet à l'adulte ; c'est pourquoi il valide le niveau 3. Néanmoins, il **n'utilise pas le « non »** ; il ne possède **pas de langage oral mais est écholalique**. De plus, il ne résiste pas toujours à une prise

d'objet. Théo valide de façon peu stable le niveau 3 de cet item ; en effet, il ne valide pas tous les points des niveaux 1 et 2.

- *Interaction sociale* : niveau 3, réactions circulaires tertiaires

Théo ne peut pas regarder une personne, lui sourire et vocaliser de façon stable. En effet, il ne verbalise pas et ne regarde pas toujours la personne. De plus, **il peut solliciter l'adulte pour engager un jeu social** mais ceci est peu stable.

- *Attention conjointe* : niveau 2, coordination des réactions circulaires secondaires

Théo **ne fixe pas toujours l'objet pointé et peut donc fixer la main de l'adulte** qui pointe. Néanmoins, il peut ébaucher un regard vers l'objet pointé. Théo n'est pas en mesure de donner des objets dénommés par l'adulte de façon sûre.

- *Langage expressif* : niveau 1, réactions circulaires secondaires

Théo ne valide pas le niveau 1, celui-ci est mis par défaut. En effet, ne verbalisant pas, Théo ne fait que **des vocalisations**. Or, faisant de nombreuses écholalies, il ne vocalise **pas toujours de façon adaptée** au contexte.

- *Langage compréhensif* : niveau 3, réactions circulaires tertiaires

Théo perçoit les changements d'intonations de l'adulte et **peut adapter son comportement**. Il comprend des phrases de deux mots familiers dans le contexte et peut réaliser une action non conventionnelle vers un objet, sur imitation ou après un laps de temps.

- *Imitation vocale* : niveau 1, réactions circulaires secondaires

Théo **peut reproduire des sons semblables à ceux de l'adulte, comme les écholalies**. Il ne pourra néanmoins pas reproduire des bruits familiers ou des mots familiers de façon stable.

- *Imitation gestuelle* : niveau 1, réactions circulaires secondaires

Théo peut imiter les gestes. Néanmoins, **il ne peut imiter, de façon stable**, une action dont il ne verrait pas le résultat ou une action inhabituelle.

- *Relation affective* : niveau 2, coordination des réactions circulaires secondaires

Les résultats de cet item s'appuient sur les dires des soignants. Théo peut manifester de la joie en rencontrant une personne familière. Il possède un objet « consolateur », comme un cube qui est dur et froid. Il reconnaît et différencie ses parents. Néanmoins, il n'utilise pas le « non » et ne s'affirme pas clairement.

- *Expression émotionnelle* : niveau 2, coordination des réactions circulaires secondaires

Théo **peut manifester une émotion de crainte face à un objet inhabituel**. Néanmoins, il ne manifeste pas de joie face à un miroir et ne semble pas reconnaître son image.

*En conclusion de la BECS, Théo obtient un âge moyen de niveau 2, coordination des réactions circulaires secondaires, correspondant à un âge développemental de 8 mois à 11 mois 30 jours, pour un âge réel de 4 ans 5 mois et 21 jours.*

***Pour certains niveaux validés, Théo ne valide pas le niveau inférieur. Pour l'item « régulation du comportement », il valide le niveau 3 alors qu'il n'utilise pas le « non » du niveau 2. De plus, il valide le niveau 1 dans l'imitation vocale mais ne l'atteint pas.***

#### Passation du C.H.A.T.

La passation de la B.E.C.S. a permis, dans un même temps, de pouvoir répondre aux divers points du C.H.A.T.

Pendant l'évaluation, Théo m'a regardé plusieurs fois dans les yeux.

Lors du pointage d'un objet en nommant celui-ci, il a regardé dans la direction de l'objet et non seulement ma main.

Lors du jeu de faire-semblant, il fait semblant de boire dans la tasse après m'avoir observé le faire. Lors de la présentation d'une brosse, plus tard dans la passation, il fait semblant de se coiffer.

En demandant à Théo « où est la lumière », il va vers l'interrupteur et appuie mais ne pointe pas le bouton. Il a vu le bouton, sait à quoi il sert mais ne le pointe pas et va directement l'actionner.

Théo est capable de construire une tour de plusieurs briques.

*En conclusion du C.H.A.T., Théo ne présente pas les trois items échoués nécessaires pour conclure à la notion d'autisme. **Il possède le pointage proto-déclaratif et le faire-semblant, mais ceci de manière peu stable. Néanmoins, il ne possède pas la notion d'attention conjointe de façon stable pour pouvoir valider cet item.***

*Théo semblerait se trouver à **la limite de la notion d'autisme**, ce qui se confirme avec son diagnostic d'enfant avec des troubles envahissants du développement.*

Conclusion :

Théo ne relève pas de la définition de l'autisme. Il est néanmoins **peu dans les interactions, dans l'attention conjointe. Sa communication est limitée ; il n'émet que peu de sons.**

Sa prise en charge doit s'adapter à son niveau actuel. Les items les plus faibles de la BECS correspondent à ceux utilisant le langage oral ; la prise en charge orthophonique **pourrait s'orienter vers la communication verbale, visant à diminuer les écholalies et à augmenter le stock lexical de Théo.** Sa prise en charge diffère de celle de l'enfant autiste, dans le sens où Théo **peut faire des demandes sans aide et s'intégrer dans un groupe en suivant quelques règles.** Néanmoins, **les domaines des interactions sociales et de l'attention conjointe restent déficitaires** et à travailler.

### 1.3. Enfants rencontrés à l'IME

#### 1.3.1. Cas d'Emile

Anamnèse

Emile est né le 20 octobre 2003.

Il est enfant unique, ses parents sont ingénieurs.

Il est actuellement en IME.

Emile **n'oralise pas**, il connaît néanmoins les mots « papa, maman, non ».

La marche est acquise à 17 mois et la propreté de jour à 3 ans.

Ses parents ont remarqué qu'il existait des problèmes vers 18 mois.

Son frein de langue a été coupé.

Il est décrit comme **ayant des troubles du comportement, faisant de nombreuses colères, sans langage, avec un retard dans les acquisitions.**

#### Diagnostic

Le diagnostic posé en pédopsychiatrie, en septembre 2008, est qu'Emilie a « **un retard de développement avec des troubles de la relation et de la communication non autistiques** ».

#### Différents bilans réalisés :

- Bilan psychologique

En mai 2006, un CARS est réalisé. Il a 2 ans 5 mois 11 jours. Il obtient un score de 27 ce qui le situe dans un « **fonctionnement psychique non autistique** ».

Les domaines les plus touchés sont le goût, l'odorat, le toucher et les relations sociales.

Le 5 avril 2007 à 3 ans 5 mois 15 jours, un WPPSI-R est réalisé. Il n'obtient pas la moyenne des enfants de son âge ; toutes les épreuves le situent à un âge développemental inférieur à 3 ans.

Le 27 mai 2008, Emile, âgé de 4 ans 7 mois, est évalué avec un K-ABC et un EDEI-R. A ces tests, un âge développemental inférieur à 3 ans est mis en évidence. Emile présente des **difficultés cognitives, un trouble de la relation et de la communication et un non-accès au langage.** Seul l'EDEI-R a été coté car, ne verbalisant pas, il n'a pas été possible de coter le K-ABC.

- Bilan orthophonique

Il est décrit en orthophonie comme un garçon craintif, avec une **bonne compréhension des gestes, une communication verbale inexistante et une communication non-verbale variable.**

En juillet 2006, l'orthophoniste libérale parle de **retard de langage et de communication.**

En 2007, il est noté qu'Emile communique avec les gestes et les regards. De plus il produit **quelques sons spontanés.**

En avril 2009, un bilan orthophonique souligne qu'Emile est **peu dans la relation et n'engage pas d'échanges**, notamment dans un groupe. Le contact oculaire est bon mais parfois fuyant. Il possède une bonne compréhension des gestes et des gestes conventionnels non verbaux. **Il comprend les consignes simples.**

De plus, il a des **réactions sélectives aux bruits ou au toucher**. Au niveau de sa communication verbale, il ne possède **pas de langage oral et communique par échange de pictogrammes** dans certaines situations.

Sa prise en charge est orientée de façon à favoriser les échanges, développer les nouveaux moyens de communication et le langage par des exercices d'articulation et des jeux de parole.

- Bilan psychomoteur

En mars 2009, le bilan montre qu'Emile présente un **retard des acquisitions psychomotrices**. En graphisme, il en est au stade de la trace.

- Bilan éducatif

Le 16 mai 2007 à 3ans 7mois, Emile passe un PEP-R et obtient un âge développemental acquis de 1 an 9 mois et un âge développemental émergent de 2ans 1 mois.

Le bilan éducatif du 15 avril 2009 préconise une prise en charge orthophonique à raison de deux séances hebdomadaires ayant pour objectif le développement des moyens de communication.

Le 5 mai 2010, le projet éducatif d'Emile a permis de définir les objectifs suivants :

- ✓ Un cadre sécurisant, apaisant, valorisant
- ✓ Lui permettre de faire des demandes, et d'entrer en communication
- ✓ Permettre à Emile d'entrer dans les apprentissages.

L'IME conclut qu'Emile évolue favorablement mais qu'il existe encore **quelques difficultés quant à la frustration**. De plus, il est noté qu'Emile **utilise de plus en plus les outils de communication**.

- Bilan pédagogique

Le 31 mars 2009, l'équipe de scolarisation se réunit. A cette période il va à l'école et est suivi au sein d'un groupe de pédopsychiatrie. Ce qui en émerge est qu'Emile a de **réelles difficultés pour suivre une scolarisation dite normale**. En effet, il n'y a pas de réelle progression dans les apprentissages. Néanmoins, il existe **des progrès en communication et dans la relation aux autres**.

En avril 2009, un bilan en éducation physique et sportive est réalisé. Emile fait un bon travail mais l'écoute des consignes et l'acceptation des remarques sont à revoir.

- Autres bilans

Emile a passé des PEA (Potentiels Evoqués Auditifs) qui n'ont rien donné d'anormal. Il n'est **pas non plus porteur du syndrome du X fragile**.

En avril 2008, un EEG a montré quelques anomalies à revoir.

*En conclusion des divers bilans réalisés, nous pouvons voir qu'Emile est un enfant possédant de **bonnes capacités de compréhension mais ayant des troubles de la communication et de la relation importants**. Il n'oralise pas mais utilise les moyens mis à sa disposition. De plus, il a des difficultés face à la frustration.*

#### Prise(s) en charge

De 2006 à 2008, il est allé en pédopsychiatrie puis une orientation vers un IME a eu lieu. En pédopsychiatrie, il avait notamment des séances de thérapie d'échange et de développement.

Il a été scolarisé de 2007 à 2009 dans une école maternelle avec une AVS.

Il est suivi en orthophonie en séances individuelles.

#### Passation de la BECS

Emile a été évalué à l'aide de la BECS le 1<sup>er</sup> février 2011. Il est alors âgé de 7 ans 3 mois. Cette évaluation a été réalisée par la psychologue de l'IME où est accueilli Emile.

Le déroulement de la séance est en Annexe n°9.

Emile obtient les résultats suivants :

- *Régulation du comportement* : niveau 4, représentation et prévision

Ne verbalisant quasiment pas, Emilie **utilise le « non » de façon peu stable**. Néanmoins, il **peut se montrer opposant** quand l'adulte lui prend un jouet attrayant, il peut repousser l'adulte. Il peut aussi rendre un objet à l'adulte et répondre à un ordre simple. Le niveau 4 est validé par Emile car il **peut répondre à trois ordres simples**. Néanmoins, il ne peut pas demander deux objets distincts hors de son champ visuel.

- *Interaction sociale* : niveau 2, coordination des réactions circulaires secondaires

Emile **peut établir un contact visuel** avec les personnes et suivre leur déplacement. Il regarde l'autre quand il lui donne un objet mais ne peut pas regarder, sourire et vocaliser en même temps. De plus, **solliciter l'adulte pour suivre avec lui un jeu social est encore peu stable** pour Emile.

- *Attention conjointe* : niveau 4, représentation et prévision

Emile fixe l'objet pointé et non l'adulte. Il **peut montrer deux ou trois images dénommées** et donner les objets dénommés. Il **ne répond pas verbalement** aux invitations d'autrui et ne peut pas faire de phrases.

- *Langage expressif* : niveau 3, réactions circulaires tertiaires

Emile ne verbalise pas mais **peut prononcer 2-3 mots d'objets** et les noms des personnes familières. De plus, il **s'oppose par le « non »**. Il **n'utilise pas le « moi »** et ne fait pas de phrases de plusieurs mots.

- *Langage compréhensif* : niveau 4, représentation et prévision

Emile **connaît environ 100 mots et comprend les phrases de plusieurs mots**. Il réagit aux mots en l'absence des personnes et notamment pour Yann. De plus, il peut regarder la personne dénommée de façon stable.

- *Imitation vocale* : niveau 1, réactions circulaires secondaires

Emile **peut reproduire des sons** semblables à ceux de l'adulte **mais n'imité pas** correctement de mots familiers ni de bruits familiers de façon stable.

- *Imitation gestuelle* : niveau 4, représentation et prévision

Emile **peut imiter une action dont il ne voit pas le résultat** comme mettre un cube sur la tête. De plus, il peut imiter trois gestes avec ou sans objets de façon assurée.

- *Relation affective* : niveau 4, représentation et prévision

Ne rencontrant pas ses parents, cet item s'appuie sur les dires des soignants. Emile reconnaît ses parents, s'oppose par le « non », s'affirme clairement. De plus, il peut éprouver du plaisir à provoquer des personnes « préférées ». Néanmoins, il ne manifeste pas de réactions ambivalentes comme câlin/agression envers ses camarades.

- *Expression émotionnelle* : niveau 2, coordination des réactions circulaires secondaire

Emile sourit peu à l'apparition d'objet convoité. **Il manifeste une crainte face au miroir.** De plus, lors de la passation, le point rouge sur le nez lui a fait peur ; c'était inhabituel pour lui. Parfois, il peut se pointer si on lui demande qui il voit dans le miroir, mais ceci de façon peu stable, c'est pourquoi il ne valide pas le niveau 4.

*En conclusion, Emile obtient un niveau moyen de 3, réactions circulaires tertiaires. Ceci correspond à un âge développemental de 12 mois à 17 mois 30 jours pour un âge réel de 7 ans 3 mois 12 jours.*

*Néanmoins, **il valide certains niveaux alors que le niveau en-dessous n'est pas validé.** Dans le secteur de régulation du comportement, Emile valide le niveau 4 car il peut répondre au trois ordres simples. En outre, il ne peut pas demander la permission avant de réaliser une action, qui se trouve dans le niveau 3.*

#### Passation du C.H.A.T.

Le CHAT n'a pas été passé en tant que tel pendant la passation de la BECS. Néanmoins, l'observation d'Emile dans ses temps de groupes, d'activités sensorielles, de temps en salle Snoezelen permettent de répondre aux items du CHAT.

Lors du pointage d'un objet en nommant celui-ci, il regarde dans la direction de l'objet. Il regardera peu la personne pointant un objet.

Lors du jeu de faire-semblant, il fait semblant de se coiffer lors de la passation de la BECS.

Emile construit des tours de plusieurs cubes et réalise des encastremements très rapidement.

Si nous lui demandons où se trouve la lumière Emile est capable de la montrer.

*En conclusion du CHAT, Emile semblerait ne pas présenter les trois points essentiels échoués pour conclure à l'autisme. Il présente néanmoins des **troubles du comportement, de la relation et n'est pas dans la communication verbale** ; il possède quelques mots.*

#### Conclusion :

Emile ne semble pas entrer dans les critères propres à l'autisme. Néanmoins, il obtient des **résultats très faibles dans les interactions sociales et l'expression émotionnelle.**

En orthophonie, **l'expression verbale, le faire-semblant et l'attention conjointe sont notamment travaillés.** En ce moment, Emile apparaît de plus en plus dans l'interaction et le travail est donc à poursuivre. Sa prise en charge se rapproche de celle des enfants autistes pour travailler certains domaines comme les interactions sociales ; néanmoins, **il est dans la relation**, notamment avec Yann et produit de plus en plus de demandes grâce à la méthode PECS.

### **1.3.2. Cas de Yann**

#### Anamnèse

Yann est né le 21 novembre 2003.

Il a une sœur jumelle et une grande sœur, restée au Gabon. Il est né après une fécondation in vitro à 37 semaines.

Il a convulsé à 2 jours de vie et a été hospitalisé en néonatalogie.

**Le diagnostic de surdité a été écarté.**

Il s'agit **d'un enfant sans langage** et avec très **peu de vocalisations**. Il possède les sons [s], [i], [o] et [a].

Il a été scolarisé de 2009 à 2010 ; il va actuellement en classe à l'IME.

### Diagnostic

Le diagnostic posé en premier lieu est « **trouble envahissant du développement avec un fonctionnement psychique de type autiste** ». Les parents le décrivent comme un enfant isolé.

Il est rentré à l'école en 2006. Le pédopsychiatre évoque des « **troubles du comportement, troubles autistiques** ».

Le 13 janvier 2010, le pédopsychiatre pose comme diagnostic « **Troubles envahissants du développement de type autistique** ».

La conclusion du CRA lors du rendez vous de février 2010 était que Yann est atteint d'un syndrome autistique léger avec un trouble sévère de l'acquisition du langage et qu'il entre dans la dénomination de **spectre autistique d'intensité légère**. Le test de l'ADI (Entretien semi-structuré pour le Diagnostic de l'Autisme), utilisé par le pédopsychiatre donne comme résultat que Yann est **au-dessus du seuil pour conclure à un trouble du spectre autistique dans les trois domaines**.

Il a été observé que lorsqu'il y a un étayage, il fait les choses. Sinon, il est dans une instabilité psychomotrice avec des mouvements, à la recherche d'une enveloppe corporelle.

### Différents bilans réalisés

- Bilan psychologique

Un CARS a été réalisé et Yann obtient 39, ce qui le situe dans la catégorie d'un « **fonctionnement psychique moyennement autistique** ».

Le 16 janvier 2007, Yann obtient un score de 41 au CARS ; **la communication verbale et la communication non verbale sont les plus touchées**.

Le 11 mars 2008, le CARS de Yann le place dans un « **fonctionnement psychique moyennement autistique** » avec un score de 35. Les secteurs touchés sont l'utilisation du corps, les relations sociales, l'imitation, l'utilisation des objets, les réponses visuelles et la communication verbale.

Le 19 mai 2009, Yann obtient le score de 42 au CARS ce qui le situe toujours dans la catégorie d'un « **fonctionnement psychique moyennement autistique** ».

Les secteurs les plus touchés sont les relations sociales, l'imitation, les réponses émotionnelles, l'utilisation du corps et l'utilisation des objets.

Le 3 février 2010, la psychologue du CRA note que Yann possède des capacités pour interagir mais elles sont restreintes. Yann présente quelques atypies corporelles. C'est un enfant curieux, sans moyen d'expression. Le CARS réalisé conclut que Yann est dans une **zone légèrement autistique** avec un score de 31.

- Bilan orthophonique

En mai 2008, l'orthophoniste dit que Yann **possède un gazouillis**, qu'il élargit ses centres d'intérêt et est moins dans les rituels d'entrée. Il ponctue ses actions de bruitages et de lallations.

En avril 2009, l'orthophoniste note qu'il a acquis des règles de vie en groupe, qu'il reconnaît les personnes. **Il fait des gestes, pousse des cris, adopte des postures, des regards pour communiquer.** Son expression est pauvre. Il a une bonne compréhension de certains gestes. Il peut avoir des réactions impulsives envers d'autres. **Il ne possède pas de communication verbale. Il se « plaque » aux bruits et mouvements de l'environnement. Il possède une hypersensibilité sensorielle.**

Le 24 juin 2009, Yann obtient un âge de développement verbal inférieur à 3 ans, au VOCIM, test de vocabulaire en images d'Y. Légé et P. Dague. Il est alors âgé de 5 ans 7 mois.

Durant ce rendez-vous au CRA, Yann a passé des tests orthophoniques. Il a un **langage expressif absent, des demandes, une bonne utilisation du PECS, un regard expressif, une prise en compte des démonstrations de travail et une compréhension opérante en contexte.** La prise en charge préconisée est la continuité de la PECS, l'utilisation de jeux, de mimes, d'histoire, de jeux de loto, de jeux d'observation pour lui enrichir son stock lexical.

En décembre 2009, le bilan orthophonique de Yann montre qu'il **est attentif** à ce qui se passe autour de lui mais reste en « périphérie ». Il peut interpeller si besoin, il **peut maintenir son regard vers autrui** et sa communication non verbale passe par

le regard, les gestes, les cris et l'utilisation de pictogrammes. Au niveau vocal, il **possède un jargon canonique et quelques mots isolés**. Sa compréhension semble meilleure si des gestes, des mimiques accompagnent la parole. Au niveau du graphisme, il écrit son prénom.

En février 2010, lors de la visite au CRA, l'orthophoniste voit Yann. **Le langage oral est quasiment absent, le regard est expressif**, il fait des demandes en prenant la main, la **compréhension en contexte semble opérante** et plus difficile hors contexte.

- Bilan psychomoteur

En mai 2008, le bilan psychomoteur met en évidence que Yann a un niveau de motricité générale et de motricité fine d'un enfant de 2 ans, pour un âge réel de 4 ans 6 mois.

En février 2010, la psychomotricienne du CRA conclue que Yann possède des **instabilités psychomotrices avec des mouvements verticaux des mains** ; il semble à la recherche de son enveloppe corporelle.

- Bilan éducatif

En mai 2008, Yann passe un PEP-R à l'âge de 4 ans 6 mois. Il obtient un âge acquis de 1 an 8 mois et un âge émergent de 1 an 11 mois.

- ✓ **Imitation : A (âge Acquis) 1 an 5 mois**
- ✓ Perception : A 2 ans 6 mois
- ✓ Motricité fine : A 2 ans 1 mois
- ✓ Motricité globale : A 2 ans
- ✓ Coordination oculo-manuelle : A 3 ans
- ✓ **Performances cognitives : A 1 an 2 mois**
- ✓ **Cognition verbale : A 1 an 6 mois**

Le 24 février 2009, un PEP-R est réalisé. Son âge réel est alors de 5 ans 3 mois. Son âge émergent est alors de 2 ans 8 mois et son âge acquis de 2 ans 2 mois.

En décembre 2009, le bilan éducatif de l'IME demande à poursuivre l'aide à la communication à l'aide de pictogrammes. De plus, Yann s'est bien intégré à la structure.

- Bilan pédagogique

Le 12 octobre 2008, l'école maternelle de Yann fait le constat suivant :

- ✓ Demande l'autorisation auprès des adultes pour prendre les choses
- ✓ **Il imite beaucoup les autres** comme pour enlever ses chaussures

A cette époque, il va une journée par semaine en pédopsychiatrie.

Début 2009, Yann **montre une opposition envers les enseignants** mais **accepte les contraintes**. Il est aidé d'une AVS.

En novembre 2009, Yann **semble se repérer dans l'espace et avoir une bonne faculté d'adaptation**. Il possède quelques lettres de l'alphabet mais à néanmoins, des difficultés pour se concentrer et être attentif.

Le 16 novembre 2010, une orientation en CLIS est proposée. De plus, le projet de l'école est d'utiliser les outils de communication pour Yann, d'améliorer sa socialisation, augmenter son imaginaire, améliorer sa capacité à avoir des intérêts et de pouvoir les formuler.

- Autres bilans

En septembre 2009, une visite chez l'orthoptiste montre une amblyopie gauche ; il existe des **difficultés perceptives et perceptivo-motrices**.

Yann **n'est pas porteur du syndrome du X fragile**.

*En conclusion des divers bilans réalisés, nous voyons que le **diagnostic** de Yann est **peu clair**, oscillant de celui d'autisme à celui de TED en passant par celui de spectre autistique. Yann est un enfant ayant des **difficultés communicationnelles et relationnelles**. Il fait des gestes stéréotypés, ne possède **pas de langage** et a des difficultés en imitation. Néanmoins, il possède un **bon contact visuel**, par lequel il entre en relation et il utilise les moyens de communications mis à sa disposition.*

### Prise(s) en charge

Lors de sa prise en charge en pédopsychiatrie, en 2006, Yann suit des séances de Thérapie d'Echange et de Développement. Durant cette période, un grincement de dents ainsi qu'une alimentation sélective ont été remarqués.

Il entre à l'IME en septembre 2008.

En juin 2010, il y a une demande, de la part des parents, d'arrêt de la pédopsychiatrie.

En novembre 2010, les parents de Yann évoquent un temps de scolarisation en CLIS. A l'IME, il est dans un groupe d'apprentissage de la lecture.

Il est actuellement suivi en orthophonie en séance individuelle.

### Passation de la BECS

Yann a été évalué à l'aide de la BECS le 7 octobre 2010. Il est alors âgé de 6 ans 10 mois. Cette évaluation a été réalisée par la psychologue de l'IME où il est accueilli.

Le déroulement de la séance se trouve en Annexe n°10.

Yann obtient les résultats suivants :

- *Régulation du comportement* : niveau 4, représentation et prévision

Yann peut repousser un objet indésirable et s'agiter quand un spectacle intéressant s'interrompt. Néanmoins, il **n'utilise pas le « non »** et ne demande pas la permission à l'adulte en verbalisant. Il **peut répondre à trois ordres simples** et faire comprendre, mais ceci de façon peu stable, qu'il veut deux objets distincts qui se trouvent hors de son champ visuel.

- *Interaction sociale* : niveau 2, coordination des réactions circulaires secondaires

Yann est un enfant dit « visuel » : il **peut donc établir des contacts visuels** avec les personnes. Néanmoins, il ne pourra pas vocaliser mais sourire et regarder une personne en même temps lui est possible. **Ne verbalisant pas**, il ne peut pas non plus utiliser des phrases ou appeler les personnes par leur prénom. De plus, il ne sollicite que très rarement l'adulte pour suivre un jeu social avec lui.

- *Attention conjointe* : niveau 4, représentation et prévision

Yann regarde un objet pointé par l'adulte. Il **peut montrer les objets dénommés** et les donner à l'adulte. Il ne peut pas faire de phrases de plusieurs mots ; le niveau 4 est validé par 2 items sur 3, le langage n'étant pas acquis chez Yann.

- *Langage expressif* : niveau 1, réactions circulaires secondaires

Yann ne valide pas le niveau 1 ; celui-ci a été mis par défaut. En effet, il **émet des vocalisations, surtout des [i], mais de façons non appropriées et non variées.**

- *Langage compréhensif* : niveau 4, représentation et prévision

Yann **comprend les phrases de plusieurs mots et connaît une centaine de mots.** Il peut réaliser une action non conventionnelle vers un objet et peut réagir aux mots en l'absence d'objets correspondants.

- *Imitation vocale* : niveau 1, réactions circulaires secondaires

Yann ne valide pas le niveau 1 de cet item, mis par défaut. En effet, il ne reproduit pas de sons semblables à ceux de l'adulte.

- *Imitation gestuelle* : niveau 1, réactions circulaires secondaires

Yann peut imiter un geste qu'il connaît mais n'imitera pas une action de façon suffisamment stable ni une action inhabituelle.

- *Relation affective* : niveau 2, coordination des réactions circulaires secondaires

Les résultats se rapportent aux dires des soignants car les parents n'ont pu être rencontrés. Yann peut manifester de la joie en rencontrant une personne familière comme Emile. Il différencie ses parents également. Il ne s'oppose pas par le « non » et ne s'affirme pas clairement de façon stable. De plus, il ne manifeste pas de réactions ambivalentes envers ses pairs.

- *Expression émotionnelle* : niveau 1, réactions circulaires secondaires

Yann **ne manifeste pas de réactions de façon stable.** Il peut néanmoins manifester une réaction de rejet et de crainte à l'apparition d'un objet inhabituel comme pour le miroir. Il ne manifeste pas de joie et ne semble pas se reconnaître dans le miroir

quand nous lui demandons de qui il s'agit. De plus, il ne manifeste pas de mépris après une interdiction.

*En conclusion, Yann obtient en moyenne, le niveau 2, coordination des réactions circulaires secondaires. Ce niveau correspond à un âge développemental de 8 mois à 11 mois 30 jours pour un âge réel de 6 ans 10 mois 16 jours. **Le profil de Yann est hétérogène.***

*Néanmoins, le niveau 1 est validé dans le secteur du langage expressif et dans le secteur de l'imitation vocale. Or, Yann n'obtient pas ce niveau ; nous l'avons mis par défaut. En effet, il ne produit **ni de vocalisations variées ni de vocalisations sur imitation.***

*Selon la psychologue, qui a fait passer toute la BECS, Yann apparaît **être plus dans les activités cognitives** ; lors d'une activité de ce type, il reste concentré, ne «s'éparille» pas.*

#### Passation du C.H.A.T.

Le CHAT n'a pas été passé en tant que tel pendant la passation de la BECS. Néanmoins, l'observation de Yann dans ses temps de groupe, d'activités sensorielles, de temps en salle Snoezelen permet de répondre aux items du CHAT.

Lors du pointage d'un objet en nommant celui-ci, il regarde dans la direction de l'objet.

Lors du jeu de faire-semblant, il fait semblant de se coiffer lors de la passation de la BECS.

Yann construit des tours de plusieurs cubes.

Si nous lui demandons où se trouve la lumière Yann est capable de la montrer et de l'éteindre.

*En conclusion du C.H.A.T, Yann ne présente pas les trois points essentiels échoués pour conclure éventuellement à la notion d'autisme. Il **possède le pointage proto-déclaratif, le faire-semblant.** Yann a évolué vers une notion de « **troubles autistiques** » à celle de « **troubles envahissants du développement à traits autistiques** ». Il semblerait ne pas entrer dans la définition d'autisme malgré ses troubles de la relation et de la communication.*

Conclusion :

Yann n'entre pas dans la définition de l'autisme. Il s'agit d'un **enfant vif qui ne possède pas d'expression vocale**. Il est très attentif aux événements visuels et est **performant dans le domaine cognitif**.

Néanmoins, nous pouvons voir que son **diagnostic est peu clair** ; il semble se rapprocher de celui de l'autisme, tout en étant dans la communication, dans l'échange... De plus, il s'agit d'un enfant qui sait s'adapter aux divers changements d'emploi du temps ou autre.

La prise en charge orthophonique vise à travailler l'expression verbale et les interactions sociales. Il **entre peu dans les jeux de faire semblant**, ce qui est à continuer de travailler. Yann possède un **bon niveau de compréhension et s'appuie sur le visuel**. Sa prise en charge est proche de celle de l'enfant porteur d'autisme ; néanmoins, il possède une **bonne compréhension et peut faire des demandes appropriées** en utilisant notamment la méthode PECS et en pointant à l'adulte ce qu'il veut. De plus, **il est dans les interactions sociales, l'attention conjointe et dans la régulation du comportement** ce qui éloigne sa prise en charge de celle de l'enfant porteur d'autisme.

## 1.4. Conclusion des observations

### 1.4.1. ITEP

Sur les trois observations effectuées au sein de l'ITEP, on peut noter que les enfants avec un trouble envahissant du développement non spécifié sont dans l'interaction, ont un langage correct, savent jouer à faire semblant et possèdent l'attention conjointe, ce qui est déficitaire chez les enfants autistes.

Cependant, on note que l'imitation est un comportement qui se révèle peu stable surtout pour l'imitation vocale. Nous observons la même chose pour la régulation du comportement et l'expression émotionnelle.

En ce qui concerne la relation affective, les résultats obtenus ne permettent pas de dire si ce comportement est acquis chez ces enfants, tous les items n'ayant pu être testés et les résultats étant différents d'un enfant à l'autre.

### **1.4.2. IME et service de pédopsychiatrie**

Les cinq observations des enfants de l'IME et de la pédopsychiatrie rendent compte de 5 profils différents, hétérogènes. L'âge développemental de certains enfants est inférieur à 24 mois alors qu'ils ont au moins 6 ans. Trois de ces enfants ne parlent pas, d'où des profils faibles dans les domaines de l'expression.

De plus, les items concernant les relations émotionnelles sont également peu fiables car, ne rencontrant pas les parents, il est difficile de répondre à tous les items.

Les conclusions au sujet de l'imitation vocale et de l'imitation gestuelle sont les mêmes que celles observées à l'ITEP ; en situation duelle, l'imitation n'est pas toujours réalisée alors qu'elle l'est en situation de groupe, dans un environnement plus familier. Néanmoins, les cinq enfants sont dans les interactions et l'attention conjointe.

Il est important de noter qu'il arrive parfois que des enfants valident un niveau alors qu'ils ne valident pas le niveau en dessous.

### **1.4.3. Mise en évidence des spécificités de ces enfants**

Suite à la cotation de la BECS, nous observons chez ces enfants que les items « langage compréhensif », « attention conjointe » et « interactions sociales » sont toujours réussis. Chez les enfants autistes, les deux derniers items sont toujours échoués. Ce constat montre que les enfants avec un TED non spécifié que nous avons rencontrés sont réellement différents des enfants avec autisme.

Nous remarquons que les items « imitation vocale » et « expression émotionnelle » sont toujours échoués chez ces huit enfants. Ces items ne sont pas révélateurs d'un TED non spécifié car ils sont également échoués chez la personne autiste et d'autres pathologies.

Les items « imitation gestuelle », « régulation du comportement » et « langage expressif » ne sont pas échoués chez tous les enfants mais se révèlent peu stables. Un enfant avec un TED non spécifié semblerait avoir un langage expressif plus performant que celui des enfants autistes.

L'item « relation affective » a été coté par « défaut ». En effet, cet item fait référence aux relations de l'enfant avec son environnement, dans le quotidien. Nous avons pu en avoir un aperçu en discutant avec les équipes encadrant l'enfant. Cependant,

n'ayant pas rencontré les parents, nous préférons ne pas nous prononcer sur les résultats obtenus.

Lors de la passation du CHAT, nous remarquons que l'item du «pointage proto-déclaratif» se révèle réussi mais peu assuré chez la moitié des enfants. Les autres parties du CHAT sont toutes réussies chez les enfants. Nous noterons toutefois que pour deux enfants, lors du pointage proto-impératif, le regard n'est pas franchement dirigé vers l'objet mais alterne entre l'objet et la main.

En conclusion, ces enfants ne présentent pas les caractéristiques de l'autisme dépistées par le CHAT.

La prise en charge des enfants avec un TED non spécifié pourrait donc être différente de celle des enfants autistes, dans la mesure où ces enfants sont dans l'attention conjointe et dans les interactions sociales. De plus, ils semblent avoir une bonne compréhension des consignes. Cependant, comme pour les enfants autistes, la prise en charge sera essentiellement basée sur le développement de la communication verbale et non-verbale, et trouvera donc des points communs dans les deux pathologies.

Enfin, il faudra veiller à adapter les prises en charge aux capacités et aux difficultés de l'enfant.

## 2. Résultats des questionnaires destinés aux professionnels

Le questionnaire détaillé se trouve en annexe n°1.

Il s'agit ici de la synthèse des réponses des différents professionnels. La transcription des notes prises lors de nos différents entretiens avec les professionnels que nous avons pu rencontrer se trouvent en annexes n°13 à n°17.

### 2.1. Synthèse des réponses des pédopsychiatres

Selon un des médecins, **les termes employés** dépendent des courants de pensée du moment. Cependant, certains pédopsychiatres n'emploient pas le terme de psychose, car certaines associations de parents souhaitent que leurs enfants soient reconnus handicapés et non reconnus porteurs d'une maladie psychiatrique qui a une connotation négative dans notre société. De plus ce terme de psychose disparaît des classifications et n'a donc plus lieu d'être utilisé. Cependant, un pédopsychiatre interrogé tient à noter qu'il existe deux pôles dans les TED : un pôle autistique et un pôle psychotique.

Certains pensent qu'il y a très peu d'enfants avec un TED non spécifié, alors que d'autres pensent qu'ils représentent une très grande majorité des enfants avec un TED. **Le diagnostic** de ce trouble est souvent en deuxième intention. Il reste avant tout un trouble envahissant du développement.

Les classifications principalement utilisées sont en premier lieu la CFTMEA, puis la CIM 10. Mais beaucoup s'appuient la plupart du temps sur leurs **observations cliniques** et les évaluations réalisées par les équipes.

Par ailleurs, le « diagnostic parental » est important à prendre en compte, car les parents sont les principaux acteurs dans la vie de l'enfant.

Les diagnostics sont souvent soumis à modification et les CRA des différentes régions peuvent aider à préciser ces diagnostics.

Selon les pédopsychiatres, les enfants avec un TED non spécifié sont souvent porteurs d'une déficience intellectuelle.

En fonction des établissements, les enfants sont soit adressés par la **MDPH** lorsqu'il s'agit de structures telles qu'un ITEP ou un IME, soit par un médecin généraliste ou spécialiste qui les oriente vers un service de **pédopsychiatrie**.

Tous s'accordent pour dire que **les prises en charges** doivent être **individuelles, transdisciplinaires** et donner lieu à des réunions de synthèses régulières, avec parfois la présence des parents en fonction des lieux.

Certains citent comme pistes de prise en charge des méthodes comme le PECS ou le TEACCH (Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped CHildren).

## 2.2. Synthèse des réponses des orthophonistes

Après avoir envoyé une trentaine de questionnaires aux orthophonistes, nous avons obtenu quatre réponses et avons rencontré trois orthophonistes.

Pour certaines orthophonistes, ces enfants ont des troubles importants de la communication associés à des comportements stéréotypés et ritualisés. Ils peuvent avoir des entrées en relation complexes, avec un réel désir d'aller vers l'autre. Leurs comportements sont parfois inadaptés face à certaines situations. Ils possèdent de bons repères visuels mais non temporels. Ils peuvent également avoir des rapports sélectifs à la nourriture et des particularités sensorielles. De plus, ils peuvent n'avoir que peu d'intérêt pour les jeux symboliques, les jeux de construction, ne pas élaborer d'histoires et ne posséder que peu ou pas de langage.

La différence avec l'autisme est que ces enfants entrent plus facilement en **contact avec l'autre** et l'intègre.

Pour d'autres, elles pensent que ces enfants ont des capacités de communication mais avec des particularités autistiques. Par ailleurs ils présentent des troubles de la relation et du comportement, mais ils semblent plus abordables que les enfants autistes.

Les enfants sont toujours **adressés par le pédopsychiatre** d'après les orthophonistes que nous avons rencontrées. Les centres les accueillant peuvent aussi les orienter vers de nouveaux lieux de prises en charge comme les IME.

Les orthophonistes rencontrées ne sont pas consultées pour la pose d'un diagnostic. Cependant selon elles, la plupart des enfants dits TED sont majoritairement des TED non spécifiés.

La prise en charge de ces enfants est préconisée dans les SESSAD, CATTP (Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel) , et hôpital de jour.

Certaines **prises en charge** en psychomotricité et en orthophonie se font au sein d'un **groupe**, d'autres en **individuel** ; ceci dépendra de l'enfant et de sa famille.

Les axes prioritaires de la prise en charge sont de développer la **communication verbale et non verbale** avec la mise en place des prérequis au langage, ainsi que la compréhension. L'orthophoniste peut également travailler sur le schéma corporel et l'entrée dans les apprentissages. Un **accompagnement parental** se révèle également nécessaire, et donc l'investissement des parents est essentiel. Certaines préconisent la participation de ces derniers à certaines séances. Ils peuvent également être formés à l'utilisation du PECS, par exemple.

Les pistes de travail indiquées sont le MAKATON, le PECS ainsi que les thérapies d'échange et développement, les ateliers sensoriels (musique...), l'aide au langage par les signes et la mise en place d'un carnet de communication.

# Discussion

Tout au long de la rédaction de notre mémoire, nous avons été amenées à nous poser de nombreuses questions.

Notre sujet porte sur les enfants avec des troubles envahissants du développement non spécifiés, or nous n'avons trouvé que peu de littérature sur le sujet.

Dans un premier temps, nous avons donc étudié les différentes classifications, le DSM IV, la CIM 10 et la CFTMEA, pour pouvoir situer la pathologie concernée. Nous avons donc pu remarquer que le diagnostic de TED non spécifié se fait par exclusion des autres TED, y compris de l'autisme.

Les buts principaux de notre étude étaient de savoir s'il existait des différences et/ou des points communs entre ces enfants et les enfants autistes ainsi que de mettre en évidence certaines pistes pour la prise en charge orthophonique de ces enfants.

Pour cela, nous avons observé huit enfants pris en charge dans trois structures différentes. Nous nous sommes ensuite appuyées sur le domaine socio-émotionnel de la BECS et le CHAT, outils de dépistage de l'autisme, afin de coter nos observations. Notre étude suggère que les enfants observés sont différents des enfants autistes, bien qu'ils ne soient pas « étiquetés » TED non spécifiés. Cependant, ils n'ont pas non plus le diagnostic d'autisme ni d'une autre pathologie définie de la catégorie des TED.

En ce qui concerne la prise en charge orthophonique, nous nous sommes appuyées sur les réponses des orthophonistes à nos questionnaires et les remarques des orthophonistes lors de nos stages. Ce qui en ressort est le fait qu'il faut s'adapter à l'enfant, travailler la communication au sens large, et s'appuyer sur les compétences de l'enfant qui sont plus importantes que celles de l'enfant autiste. En effet, nous avons remarqué que les enfants observés ont tous la possibilité d'interactions sociales, possèdent une attention conjointe, ont un langage développé notamment sur le versant de la compréhension, jouent à faire semblant et ont un regard dirigé vers l'interlocuteur.

Lors du choix de notre sujet, notre interrogation portait sur les enfants dits « psychotiques ». Nous nous sommes vite rendu compte que ce terme est peu employé aujourd'hui, voire même « banni » chez certains professionnels et parents.

En effet, nous ne le trouvons plus dans les classifications actuelles, hormis dans la CFTMEA, qui est par ailleurs une classification contestée par certaines instances comme la Haute Autorité de Santé qui préconise aujourd'hui l'utilisation de la CIM 10 comme référence dans le milieu de la pédopsychiatrie française.

Nous notons toutefois que certains pédopsychiatres nous ont parlé de la CFTMEA lors de nos interviews, sans la critiquer aussi vivement, et que quelques uns sont même amenés à s'en servir et, ce, dans plusieurs centres.

En étudiant les classifications, nous nous sommes intéressées à la psychiatrie en générale. En effet, les diagnostics posés font référence à des courants de pensée de la psychiatrie française et internationale. Nous avons alors échangé avec les pédopsychiatres et les différents soignants de l'hôpital de jour afin de mieux comprendre les pensées et les différends de la psychiatrie en générale. Néanmoins, il pourrait être intéressant de consacrer plus de temps à cette étude afin d'acquérir le maximum de connaissances sur cette spécialité médicale.

De plus, il nous paraît très important de noter que, comme nous l'avons mentionné plus haut, lors de la rédaction de notre partie sur les classifications, nous nous sommes appuyées notamment sur le DSM IV. Or pour mai 2013, une version révisée est prévue, le DSM V. Nous avons remarqué que déjà de nombreux débats naissent autour de cette nouvelle publication. En effet, selon le site internet de l'American Psychiatric Association et quelques publications dans des revues, il apparaît que le syndrome de Rett devrait tout simplement disparaître, et que le trouble désintégratif de l'enfance, le syndrome d'Asperger et le trouble envahissant du développement non spécifié seraient regroupés dans le trouble du spectre autistique.

Ceci remet donc en cause les spécificités que nous avons tentées de mettre en évidence entre le TED non spécifié et les autres TED.

D'autre part, nous nous demandons ce que vont devenir les autres classifications (CIM 10 et CFTMEA), qui n'ont pas l'air d'avoir prévu de révision et qui distinguent donc tous ces troubles.

Contrairement à l'autisme, nous avons remarqué que le trouble envahissant du développement non spécifié est relativement méconnu. En effet, il n'existe pas, en France, de recensement des enfants avec cette pathologie. Les seuls chiffres trouvés sont les suivants :

1 à 2 enfants pour 1000 pour l'autisme  
1 enfant pour 200 pour l'ensemble des TED.

Notre développement sur les troubles de la communication chez l'enfant avec un TED non spécifié fait d'ailleurs exclusivement référence à ceux de l'enfant autiste. En effet, il n'existe pas à ce jour dans la littérature de données sur ces enfants avec un TED non spécifié.

Néanmoins, suite à nos observations, nous pouvons affirmer qu'il existe des troubles de la communication verbale et non verbale chez ces enfants. Ces troubles se distinguent en partie de ceux présents chez l'enfant autiste. En effet, selon nos observations, il n'existe apparemment pas de troubles d'interaction sociale, ni d'attention conjointe chez les enfants ayant un TED non spécifié. Par contre, l'imitation vocale et l'expression émotionnelle font partie des domaines échoués. Or, nous savons que même si ces altérations ne sont pas des symptômes spécifiques à l'autisme, elles sont présentes chez la majorité des personnes autistes, voire même chez l'ensemble des enfants ayant un trouble envahissant du développement.

Nous avons voulu évaluer la communication des enfants avec un TED non spécifié que nous avons rencontrés. Néanmoins, nous n'avons pas trouvé d'outil spécifique à cette évaluation des enfants avec un TED non spécifié. Suite à notre réflexion et à nos rencontres avec les différentes équipes médicales et éducatives entourant ces enfants, nous nous sommes interrogées sur la BECS qui est un outil destiné en première intention aux psychologues. Cette batterie évalue deux grands domaines : le domaine cognitif et le domaine socio-émotionnel pour des enfants d'âge développemental maximum de 24 mois. Le domaine socio-émotionnel nous a semblé intéressant à étudier car il évalue des capacités comme l'attention conjointe, l'interaction sociale... Les items d'observations se rapportent aux prérequis nécessaires à la communication verbale et non verbale. Ces derniers sont des éléments importants qui permettront aux professionnels d'orienter leur prise en charge. Nous ne nous sommes pas préoccupées du domaine cognitif, celui-ci étant un domaine plutôt à visée psychologique. Cependant certains items sont repris dans l'évaluation du CHAT que nous avons également choisi d'utiliser afin de mettre en évidence l'absence, chez ces enfants, des trois critères permettant de dépister un éventuel autisme. L'évaluation à l'aide du CHAT n'est donc pas appropriée

spécifiquement à ces enfants dans le cadre d'une prise en charge orientée sur la communication, s'ils ne sont pas diagnostiqués autistes.

Le choix de nos patients s'est effectué en concertation avec les pédopsychiatres et psychologues des services, afin d'être sûres que ces enfants répondraient à notre problématique de TED non spécifié. En effet, le diagnostic de TED non spécifié n'étant quasiment jamais posé en tant que tel (car diagnostic par exclusion des autres), il nous était difficile de savoir quels enfants évaluer. De plus, le diagnostic de ce trouble est parfois dénommé d'une autre façon comme « dysharmonie, TED avec traits autistiques ». Les diagnostics changent également en fonction de l'évolution des enfants qui sont dans des centres spécialisés. Par ailleurs, lors de la consultation des dossiers des enfants, nous nous sommes rendu compte qu'il était difficile de trouver des informations pertinentes en relation avec notre sujet de mémoire.

Les enfants que nous avons évalués ont des âges qui vont de 4ans 5mois à 11ans 9mois. Il aurait probablement été préférable de trouver des enfants d'âges plus homogènes afin d'avoir des résultats plus ciblés. Or, ces enfants n'étant pas « étiquetés » il nous a donc été peu aisé de les trouver et les « choisir. ». De plus, nous notons que les enfants rencontrés sont tous des garçons, ce qui rejoint le fait que la majorité des enfants avec un TED, dont l'autisme, sont des garçons.

La BECS s'adresse à des enfants d'âge développemental de 24 mois. Cependant, nous n'avons pas toujours trouvé ces indications dans les dossiers médicaux. Même si nous pensions que certains enfants allaient « plafonner », nous nous sommes interrogées sur leur réussite à tous les niveaux dans tous les items. Nous avons pu voir que la plupart des enfants, même en réussissant les niveaux élevés, échouaient parfois dans les niveaux inférieurs des items de la BECS.

Afin d'étayer notre propos et d'essayer d'ouvrir notre regard sur cette pathologie qu'est le TED non spécifié, nous avons adressé des questionnaires aux professionnels concernés. Nous n'avons obtenu que peu de réponses, à savoir sept d'orthophonistes et six de pédopsychiatres sur une trentaine de questionnaires envoyés. La faible proportion de réponses aux questionnaires pourrait s'expliquer par le fait que les orthophonistes prenant en charge ces pathologies se trouvent

uniquement dans les centres comme les IME, ITEP ou en service de pédopsychiatrie. Nous avons par ailleurs eu beaucoup de réponses d'orthophonistes nous disant qu'ils ne pouvaient pas y répondre car ils ne connaissent pas le TED non spécifié.

D'autre part, il nous a été difficile d'entrer en contact avec des professionnels prenant en charge des enfants avec un TED non spécifié, surtout en ce qui concerne les orthophonistes, car ils se trouvaient déjà dans les lieux où nous avons rencontré les enfants.

Nous nous sommes également heurtées à des refus de réponse par certains professionnels car nous avons fait apparaître le terme de « psychose », mais ceci dans le but que les professionnels nous donnent leur point de vue sur la définition de cette pathologie en tant que handicap ou affection psychiatrique. Nous avons ainsi pleinement ressenti le malaise et le débat sous-jacent concernant la pathologie des TED.

Suite aux résultats de ces questionnaires, nous avons remarqué qu'il n'existe pas de prise en charge type. Elle s'oriente toujours sur la communication et les orthophonistes se servent toujours de ce qu'apporte l'enfant lors de sa séance.

Nous nous sommes aperçues que les médecins psychiatres ne posent pas de diagnostic clair de « TED non spécifié » (avec cette dénomination), même s'ils s'accordent tous sur les symptômes de ces enfants.

Cependant, nos affirmations précédentes ne font référence qu'à une faible proportion de professionnels.

En ce qui concerne les questionnaires que nous souhaitions adresser aux parents, nous n'avons pas été en mesure d'obtenir des réponses. En effet, les équipes de professionnels encadrant les enfants ne souhaitaient pas particulièrement que nous allions à leur rencontre, ni leur transmettre nos questionnaires. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que ces prises en charge nécessitent beaucoup de stabilité et peu de changements pour les enfants voire pour leur entourage. Nous avons également noté lors de certaines rencontres avec les médecins psychiatres, que le diagnostic posé pouvait être parfois celui que les parents s'imaginent ou attendent. On leur donne un diagnostic avec des termes tels qu'ils les comprennent et surtout les acceptent. Peut-être que le refus de nous faire rencontrer les parents a été

motivé par le fait de les « protéger », que nous ne les déstabilisons pas avec les questions que nous souhaitons leur soumettre.

Par ailleurs, beaucoup d'enfants arrivant en ambulance ou en transport en commun du centre, nous n'avons que peu aperçu les parents.

Nous avons également envoyé une demande auprès d'autisme France mais l'association nous a répondu que les parents avaient des enfants autistes et pas d'enfants avec un TED non spécifié. Nous n'avons, par ailleurs, pas trouvé d'associations pour les TED non spécifiés.

Tout au long de notre réflexion, nous nous sommes fixées deux buts.

Notre premier but était d'observer les résultats aux évaluations de la communication et d'essayer d'en déduire des points communs et des différences entre les enfants avec un TED non spécifié et les enfants autistes.

En premier lieu, notre démarche a été d'essayer de « trouver » ces enfants avec un TED non spécifié. En effet, tout comme dans les classifications, ces enfants sont ceux pour qui le diagnostic n'est pas celui d'un TED bien défini. Il nous a donc fallu trouver des enfants pour lesquels un diagnostic avait été posé, ce qui n'est pas toujours le cas, et dont ce diagnostic ne se rapportait pas à un TED spécifique.

Plusieurs enfants avec des diagnostics similaires mais avec des appellations différentes nous ont alors été présentés au sein de différentes structures.

Une fois que nous avons déterminé quels enfants évaluer nous avons décidé que l'évaluation de ces huit enfants se déroulerait en deux temps. Le premier était l'étude des dossiers afin de faire une anamnèse la plus complète possible. Nous nous sommes rendu compte que les bilans étaient pour nous difficiles à lire ; ceux des orthophonistes sont rédigés en termes plus qualitatifs que quantitatifs. Lors de nos études, nous abordons une manière de rédiger, une approche et des outils qui ne sont pas spécialement les mêmes que ceux trouvés dans les dossiers, ce qui nous demande une lecture différente des bilans. Les bilans des autres professionnels ne sont pas énormément étayés sur les points que nous voulions aborder. Nous avons pu remarquer que les diagnostics de ces enfants ont pu évoluer avec le temps. En effet, certains portaient le diagnostic d'autisme en premier lieu ; ce dernier a évolué vers un diagnostic de spectre autistique ou autre. Ces termes ne font pas référence à l'autisme de Kanner. Ils sont également peu précis et ne correspondent pas à un diagnostic défini parmi les TED ; il peut alors s'agir de TED non spécifié.

Le second temps était l'évaluation à l'aide de la BECS et du CHAT. Parmi les huit enfants, deux d'entre eux avaient déjà été évalués par la psychologue de l'un des établissements. Nous nous sommes alors appuyées sur ses notes. La BECS est un test subjectif ; l'examineur est seul pour valider les items ou non et s'appuie sur sa vision des choses. Notre mémoire se faisant à deux, dans deux départements différents, nous n'avons pas observé les mêmes enfants. Nous avons chacune coté nos observations et avons deux visions différentes. Les notes de la psychologue correspondent également à une autre vision des choses.

De plus, nous avons essayé d'effectuer les mêmes passations avec les différents enfants. Cependant, étant donné que nous sommes allées dans des structures différentes, nous avons pu être amenées à utiliser un matériel qui variait légèrement. Les conditions de passation, bien que nous les voulions similaires, ont pu changer en fonction du local, de l'appréhension de l'espace et de l'examineur par l'enfant...

Cependant, de ce test, il est ressorti que les enfants observés sont différents des enfants autistes car leur regard est dirigé vers leur interlocuteur et ils possèdent le pointage proto-déclaratif, proto-impératif et le faire-semblant. De plus, à l'aide de la BECS, nous avons pu observer que ces enfants possèdent le langage compréhensif, l'attention conjointe et les interactions sociales. Les enfants avec un TED non spécifié apparaissent donc différents des autistes par rapport à certaines particularités, ce qui fait référence à notre premier questionnement.

De plus, il est important de noter que les comptes-rendus écrits des dossiers et des évaluations des enfants dans le mémoire peuvent sembler rébarbatifs pour le lecteur mais sont essentiels. En effet, nous étions « animées » par la rencontre avec ces enfants ; nous avons essayé de retransmettre ceci. Lors de nos évaluations, nous avons rencontré plusieurs enfants très différents les uns des autres et ayant des façons différentes d'entrer en communication. En effet, certains enfants possédaient un langage et d'autres non, certains avaient envie de venir jouer avec nous d'emblée, alors que d'autres semblaient hésiter. De plus, en ce qui concerne certains enfants, il a été possible de les observer sur des temps de groupe durant toute la durée de stage. En partageant avec eux ces divers temps, nous avons appris à les connaître. Puis, nous avons étudié leur dossier afin d'avoir une idée plus précise de leurs capacités et incapacités. C'est pourquoi il nous a semblé important de retranscrire quelques éléments des dossiers afin de mieux faire connaître l'enfant au

lecteur et d'avoir une précision sur son évaluation. Néanmoins, nous n'avons pas tout écrit ; le mémoire ne rend pas compte de toutes les recherches effectuées.

Notre second but était de mettre en évidence des aspects spécifiques de la prise en charge orthophonique de la communication verbale et non verbale de ces enfants.

Nous avons été confrontées, lors de nos recherches dans la littérature, à un certain vide de ce point de vue. Bon nombre d'ouvrages renseignent sur les spécificités de la communication et de la prise en charge de l'enfant autiste. Cependant aucun ne mentionne les autres TED, y compris le TED non spécifié.

Les réponses aux questionnaires orthophoniques nous ont apporté des renseignements quant à la prise en charge de ces enfants ; certaines méthodes comme le PECS, les Thérapies d'Echange et Développement ont pu être mises en exergue. Néanmoins, les orthophonistes font toutes un rapprochement avec la prise en charge de l'enfant autiste ; en effet, il faut, en s'appuyant sur les capacités de l'enfant, le stimuler et faire émerger une communication non verbale efficiente. Il en est de même pour la communication verbale.

Ces enfants, bien qu'étant plus « performants » que l'enfant autiste dans l'adaptation à l'autre, ont néanmoins encore des problèmes d'adaptation à l'autre, ils ne sont pas pragmatiques. Il faut donc travailler sur les aspects communicationnels comme la régulation du comportement, les imitations, l'expression émotionnelle....

La communication verbale n'est pas toujours efficiente ; néanmoins, quand elle est présente il est intéressant de faire en sorte qu'elle soit adaptée et non plaquée et écholalique.

Cependant, nous sommes conscientes que nous n'avons apporté que peu d'informations sur une telle prise en charge. Notre travail s'est principalement orienté sur l'évaluation et nous n'avons donné que quelques pistes pour la prise en charge par manque de temps. Il pourrait être intéressant alors d'effectuer un travail spécifique sur la prise en charge.

Toutefois nous pouvons tout de même apporter une réponse à notre second questionnement qui est la suivante : la prise en charge orthophonique des enfants TED non spécifiés est proche de celle des enfants autistes, pour les enfants observés.

Compte tenu des performances des enfants avec un TED non spécifié par rapport aux enfants autistes, la prise en charge orthophonique sera directement plus

orientée sur les aspects que nous avons définis auparavant qui sont l'imitation et l'expression émotionnelle.

Le travail effectué auprès de ces enfants, dans le cadre du mémoire, a été, parfois, ajouté aux dossiers des centres. En effet, il complète certains bilans et travaux débutés autour de l'enfant et constitue une approche complémentaire. Les orthophonistes des centres ont trouvé un intérêt à l'apport de ce travail, d'autant que certaines séances d'évaluations ont été filmées. La description de la séance s'est donc trouvée enrichie par la vidéo qui peut servir de réflexion pour d'autres professionnels ou d'autres travaux autour de ces enfants.

Après avoir rédigé ce mémoire, nous pouvons dire aujourd'hui que si nous devions le refaire, nous ferions certaines choses autrement. En effet, nous avons passé énormément de temps sur les classifications ; bien qu'elles soient importantes pour replacer le TED non spécifié dans un contexte plus large, il est surtout important de rencontrer les pédopsychiatres et les enfants pour mettre en avant leurs déficiences et leurs capacités. Lors de l'évaluation des enfants, il aurait été intéressant de faire passer des épreuves plus « orthophoniques » évaluant la morphosyntaxe, le lexique, la pragmatique... Nous avons d'ailleurs, lors de la réflexion sur le sujet du mémoire, pensé faire un mémoire orienté sur les enfants TED non spécifiés et la pragmatique. Or, ceci semblait demander une analyse plus fine qui nécessitait, au préalable, de faire le travail accompli avec ce mémoire.

Ce qui ressort de cette étude est la difficulté à mettre en évidence des caractéristiques précises de la pathologie de TED non spécifié. En effet, le diagnostic est peu clair puisqu'il se fait par exclusion des autres TED ; les professionnels ne posent que très rarement le diagnostic de TED non spécifié. La plupart du temps, ils utilisent des termes comme « troubles du spectre autistique », nouvelle appellation de l'ensemble des TED du futur DSM V, ou encore « TED avec traits autistiques », « dysharmonies »... Ces termes ne font référence à aucun terme précis de TED et peuvent donc être apparentés au TED non spécifié.

Ce qui importe dans la prise en charge de ces enfants n'est pas le diagnostic posé mais la mise en évidence des difficultés et des capacités de ces enfants. En effet, plusieurs pédopsychiatres, orthophonistes et autres soignants rencontrés nous ont

bien précisé que le diagnostic ne comptait pas en tant que tel mais servait comme prise en compte du handicap et donc d'aide pour les prises en charge ainsi que de reconnaissance sociale.

Les diverses prises en charge ne doivent donc pas s'adapter au diagnostic mais s'adapter à l'enfant. Il peut s'agir de prises en charge orthophonique, éducative, pédagogique, infirmière.... Elles sont adaptées aux besoins de l'enfant et aux demandes des parents.

De plus, les enfants évoluent dans le temps, en lien avec les stimulations de l'entourage et des soignants. C'est pourquoi, nous avons observé, pour les enfants rencontrés, des diagnostics évoluer de la notion d'autisme à celle de TED avec troubles du comportement, par exemple.

Il pourrait être intéressant de faire une observation de ces enfants sur une plus grande population pour voir s'il est possible de généraliser nos observations.

Notre mémoire a donc permis de voir que les enfants TED non spécifiés « existent » mais ne sont pas facilement identifiables, ceci étant dû à la difficulté de poser ce diagnostic. De plus, il en ressort qu'ils sont différents des enfants autistes par certaines caractéristiques notamment une meilleure communication avec les autres de façon générale. Néanmoins, en ce qui concerne la prise en charge orthophonique, les objectifs semblent peu différer de ceux pour les enfants autistes. La communication est un aspect prioritaire de cette rééducation.

# Conclusion

Le terme « trouble envahissant du développement » (T.E.D.) apparaît dans le DSM IV en 1994 et dans la CIM 10 en 1992. Dans l'édition du DSM III de 1981, ces troubles faisaient partie des troubles du développement, auparavant assimilés à des psychoses. Nous voulions savoir si le terme « psychotique » était l'ancienne appellation des TED non spécifiés. Nous ne pouvons répondre à cette interrogation, le terme « psychotique » n'étant plus utilisé officiellement, mais toujours utilisé par certains professionnels que nous avons rencontrés.

Notre travail a été réalisé dans le but de savoir qui sont les enfants avec un trouble envahissant du développement non spécifié, où ils se situent par rapport aux enfants autistes ainsi que de mettre en évidence des aspects spécifiques de leur communication par rapport à celle des autistes.

Bien qu'ayant des troubles de la relation, ces enfants peuvent avoir une communication, une attention conjointe, un langage compréhensif, peuvent faire semblant et être dans les interactions sociales. De plus, ces enfants peuvent supporter les changements lorsque ceux-ci sont expliqués. Les enfants autistes n'ont pas toutes les capacités décrites ci-dessus. Ils semblent différents des enfants rencontrés ayant un TED non spécifié. Nous avons alors pu mettre certaines capacités de ces enfants en évidence.

Au niveau orthophonique, les enfants avec un TED non spécifié rencontrés n'ont pas tous de prise en charge. Ceux qui en bénéficient n'ont pas de prise en charge particulière ; elle ressemble à celle des enfants autistes. En effet, les domaines de l'imitation vocale et de l'expression émotionnelle sont déficitaires comme chez les enfants autistes. Néanmoins, la prise en charge orthophonique s'appuie sur leurs capacités et part du fait que ces enfants sont plus communicatifs et plus dans l'interaction que les enfants autistes.

L'absence de réponses des parents à nos questionnaires ne nous a pas permis d'avoir leurs ressentis vis-à-vis des difficultés quotidiennes.

Les réponses des professionnels ont, quant à elles, permis d'éclairer certaines de nos questions quant au diagnostic, aux termes employés et à la prise en charge.

Suite à cette étude, il serait intéressant de savoir ce que deviennent les enfants évalués, si le diagnostic change, si leurs relations aux autres ainsi que leur communication évoluent.

Par ailleurs, tout comme pour les personnes autistes, il pourrait aussi être intéressant de savoir ce qu'ils deviennent une fois devenus adultes.

Enfin, le terme de TED non spécifié allant disparaître du futur DSM V, il sera intéressant de savoir sous quel diagnostic ces enfants vont apparaître et ce que cela pourra éventuellement changer dans leurs prises en charge.

# Bibliographie

**Ouvrages imprimés**

- ADRIEN J.L., (2007) *Batterie d'Evaluation Cognitive et Socio-Emotionnelle BECS* Editions ECPA
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2003) *DSM IV manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* Paris Editions Masson
- BARTHELEMY C., HAMEURY L., LELORD G. (1995) *L'autisme de l'enfant La thérapie d'échange et de développement* Paris Editions Expansion Scientifique Française
- BLOOM L., LAHEY M. (1978) *Language development and language disorders* New York Editions Wiley
- BRIN F., COURRIER C., LEDERLE E., MANSY V. (2004) *Le dictionnaire d'orthophonie* Paris OrthoEdition
- BROSSARD A., COSNIER J. et al. (1984) *La communication non verbale* Lausanne-Paris Editions Delachaux et Niestlé
- BRUNER J. (1983) *Savoir faire, savoir dire* Editions PUF
- CHEVRIE-MULLER C., NARBONA J. (2000), *Le langage de l'enfant, aspects normaux et pathologiques* Paris Editions Masson
- DUMONT J.P., DUNEZAT P., LEDEZ-ALEXANDRE M., PROUFF J. (1995) *Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent Tome 2* Paris Editions Heures de France.
- HALLIDAY M. (1975) *Learning how to mean : explorations in the development of language* London Editions Arnold
- HOCHMANN J. (2009), *Histoire de l'autisme - De l'enfant sauvage aux troubles envahissants du développement* Paris Editions Odile Jacob
- JAKOBSON R. (1963) *Essais de linguistique générale* Paris Editions de Minuit
- MISES R., QUEMADA N. (2002) *Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent –R-2000 Classification Internationale des Maladies – CIM 10-Chapitre V troubles mentaux et du comportement* Editions du CTNERHI
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE traduit par PULL C.B. (1992) *CIM-10 / ICD-10 Classification Internationale des Troubles Mentaux et Troubles du Comportement, Critères Diagnostiques pour la Recherche* Paris Editions Masson
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE traduit par PULL C.B. (1992) *CIM-10 / ICD-10 Classification Internationale des Troubles Mentaux et Troubles du Comportement, Descriptions Cliniques et Directives pour le Diagnostic* Paris Editions Masson

### Ouvrages électroniques

HAUTE AUTORITE DE SANTE (2010). *Etat des connaissances Autisme et autres troubles envahissants du développement Argumentaire* [en ligne], HAS service des bonnes pratiques professionnelles, janvier 2010 [référence du 23 novembre 2010]. [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

### Articles de périodiques imprimés

MARMION J.F. (2009) Rencontre avec Jacques Hochmann. Autisme: deux siècles de polémique, *Sciences Humaines*, n°206, pages 24 à 29

### Sites web consultés

A2eA, Association éducative pour enfants et adolescents [18 janvier 2011], <http://a2ea.free.fr/sessad.htm>

ACTION SOCIALE [18 janvier 2011], <http://annuaire.action-sociale.org/?cat=institut-medico-educatif--i-m-e---183&region=lorraine&details=description>

ACTION SOCIALE [18 janvier 2011], <http://annuaire.action-sociale.org/?cat=institut-therapeutique-educatif-et-pedagogique--i-t-e-p---186>

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION [19 janvier 2011], <http://www.dsm5.org>

ASSOCIATION AVENIR DYSPHASIE FRANCE [20 janvier 2011], [http://www.dysphasie.org/index.phpoption=com\\_content&task=view&id=12&Itemid=18](http://www.dysphasie.org/index.phpoption=com_content&task=view&id=12&Itemid=18)

AUTISME-INFO.CH [18 janvier 2011], <http://www.autisme-info.ch/histo.htm>

AUTISME-INFO.CH [27 janvier 2011], <http://www.autisme-info.ch/chat.htm>

CRISALIS, Collectif Ressource Internet Sur l'Adaptation et l'Intégration Scolaire [18 janvier 2011], [Brève histoire de l'autisme par Lydie Laurent - Site Cris \(alis\)](http://www.crisalis.org/Brève%20histoire%20de%20l'autisme%20par%20Lydie%20Laurent%20-%20Site%20Cris%20(alis))

ECPA, [28 janvier 2011] <http://ecpa.fr/psychologie-clinique/test-plaquettes.asp?id=1386&idRub=41>

ESCULAPE site de médecine générale [27 janvier 2011], [http://www.esculape.com/pediatrie/autisme\\_chat.html](http://www.esculape.com/pediatrie/autisme_chat.html)

GUIDE DU SERVICE INFIRMIER [18 janvier 2011], <http://psychiatriinfirmiere.free.fr/infirmiere/infirmier/officiel/guide-service/structures-soins/HDJ.htm>

INFORAUTISME [27 janvier 2011], [http://www.inforautisme.com/02quoi/depistage\\_chat.htm](http://www.inforautisme.com/02quoi/depistage_chat.htm)

IME Jeune Appedia [18 janvier 2011], <http://sissappedia.free.fr/ime/pages/page2.htm>

INTEGRATION SCOLAIRE ET PARTENARIAT [18 janvier 2011],  
<http://scolaritepartenariat.chez-alice.fr/page75.htm>

INTEGRATION SCOLAIRE ET PARTENARIAT [20 janvier 2011],  
<http://scolaritepartenariat.chez-alice.fr/page58.htm>

MINISTERE EDUCATION NATIONALE JEUNESSE VIE ASSOCIATIVE [18 janvier 2011], <http://www.education.gouv.fr/cid207/la-scolarisation-des-eleves-handicapes.html>

PSYCHOLOGIE EDUCATION ET ENSEIGNEMENT SPECIALISE [18 janvier 2011],  
<http://dcalin.fr/itep.html>

TRIBUNE DE GENEVE [22 février 2011], <http://www.tdg.ch/>

# Annexes

## **Annexe n°1 : questionnaire destiné aux professionnels**

Questionnaire à l'intention des professionnels prenant en charge un enfant présentant un trouble envahissant du développement (TED) non spécifié (« psychotiques ») dans le cadre du mémoire sur la prise en charge orthophonique de ces enfants

Notre mémoire portant sur la prise en charge des enfants présentant un TED non spécifié, nous avons été amenées à faire des recherches dans les différentes classifications (DSM IV, CIM 10, CFTMEA). Nous avons trouvé que le diagnostic se fait par exclusion des autres TED, sans plus de précisions. Il est également apparu que le TED non spécifié entre dans le champ de la psychiatrie. Ce questionnaire a pour but de nous aider à mieux comprendre cette pathologie.

1-Psychose ou Handicap ?

Dans le DSM IV, CFTMEA et CIM 10, nous trouvons le terme de « TED sans précision » ou « TED non spécifié » ou autisme atypique. Pourriez-vous donner votre définition de cette pathologie ?

En quoi la différenciez-vous de l'autisme ?

2- Quelle proportion d'enfants présentant un TED non spécifié prenez-vous en charge ?

3- Par qui vous sont-ils généralement adressés ? (cochez les réponses)

- Parents
- Médecin généraliste
- Spécialiste (neuropédiatre, Orl, pédopsychiatre, autre, merci de préciser)
- Instituteur
- PMI (préciser) :
- Service social (préciser) :
- Autre (préciser) :

4-Pour poser un diagnostic utilisez-vous ? (cochez les réponses) (question pour le pédopsychiatre)

- la classification : DSM IV, CIM 10, CFTMEA, autre (préciser)

- des grilles d'entretien : ADOS, ADIS, VINELAND, autre (préciser)
- des appréciations cliniques

5- Quelles prises en charge préconisez-vous, vous semblent adaptées et/ou réalisables ?

( cela dépend de quoi ? âge, déficience associée, possibilités familiales....)

Dans quelle(s) structure(s) ?

Quelle(s) méthode(s) spécifique(s) ?

Questions spécifiques aux orthophonistes :

6-Quels sont les axes de travail prioritaires pour ces enfants ?

Y a-t-il des spécificités ?

7- Par quels moyens ? (matériel existant, situation écologique, matériel spécifique, méthodes de communication...)

8- De quelle manière travaillez-vous avec les parents ? (cochez les réponses)

- Informations
- Participations aux séances
- Entretiens réguliers
- Autres(précisez)

9-Pouvez-vous illustrer ce questionnaire d'un (ou plusieurs) cas clinique ?

Age, sexe, diagnostic, pistes de travail, différentes PEC depuis quelle date ?

bilan, pistes de travail, matériel et moyens

Avez-vous des conseils de lectures, de personnes spécialisées à contacter, d'associations à rencontrer... ?

Vous pouvez ne pas répondre à toutes les questions.

## Annexe n°2 : questionnaire destiné aux parents

Questionnaire à l'intention des parents ayant un enfant présentant un trouble du développement (TED) dans le cadre du mémoire sur la prise en charge orthophonique de ces enfants

1- Présentation de l'enfant (sexe, âge, place dans la fratrie)

2- Quels ont été les premiers signes qui vous ont alertés ?

3- Comment se manifestent les difficultés au quotidien ?

4- Comment nommeriez-vous les difficultés de votre enfant ?

Existe-t-il un diagnostic particulier ?

5- Quelles prises en charge ont été proposées ? (cochez les réponses)

- Orthophoniste
- Psychomotricien
- Travail de groupe
- Psychothérapie
- Entretiens familiaux
- Autre (précisez)

Dans quels lieux ? (cochez les réponses) préciser les dates

- CAMSP
- Centre médico-psychologique
- Service de pédopsychiatrie
- Libéral
- Autres (précisez)

6- Votre enfant bénéficie-t-il de prises en charges médicales ou paramédicales actuellement ?

7-Votre enfant bénéficie-t-il d'une prise en charge orthophonique ? Si oui, à quelle fréquence ?

8- Selon vous, quels sont les intérêts d'une prise en charge orthophonique ?

9- Avez-vous des attentes par rapport à cette prise en charge ?

10- Comment votre enfant communique-t-il avec vous (langage oral, gestes...) ?

Comment votre enfant communique-t-il avec les autres ?

11 Quelle évolution envisagez-vous pour votre enfant ? (en option pour les plus grands)

Avez-vous des remarques, des conseils à nous donner ?

## **Annexe n°3 : description de la séance d'Antoine**

Nous sommes le 1<sup>er</sup> février 2011, Antoine est alors âgé de 8ans 6mois et un jour.

J'utilise comme matériel : deux téléphones, deux petites voitures, des cubes, un tambourin, une boîte à musique, une dînette, deux marionnettes, un miroir, des livres et les images de dénomination de la NEEL.

### Déroulement de la séance :

Antoine me retrouve dans le bureau où je l'attends. Nous nous sommes rencontrés rapidement plus tôt dans la matinée afin de lui expliquer pourquoi il viendrait travailler un peu avec moi.

Quand il arrive, il me redemande pourquoi il doit travailler avec moi. Je lui explique à nouveau et il accepte la séance.

Je lui propose d'enlever son manteau et son bonnet. Il les pose sur un meuble, se dirige immédiatement vers l'armoire de matériel et l'ouvre afin de trouver un jeu qui lui plaît. Je lui demande alors de venir s'asseoir et de laisser les jeux. Il s'exécute.

Je lui présente l'épreuve de dénomination de la NEEL, version courte. Quelques paraphrasies sémantiques sont commises (exemple : bain pour douche, lavabo pour robinet).

Il voit les marionnettes qui sont posées sur un coté du bureau. Il se relève pour les attraper et décide qu'on joue avec sans demander. Il prend celle du petit chaperon rouge et moi celle du gendarme. Il n'est pas content car je n'ai pas celle du loup. Il veut absolument celle-là. Je lui explique que je n'ai que ces deux là et qu'on jouera avec celles-ci. J'amorce un dialogue entre les marionnettes, Antoine y répond rapidement puis décide de changer de jeu. Il voulait la marionnette du loup...

Il pose sa marionnette, se lève et retourne dans le placard de matériel. Il demande si on peut faire de la musique.

Je lui demande de venir s'asseoir, ce qu'il fait et lui propose une boîte à musique. Je l'actionne. Il tend la main pour l'avoir. Je lui donne et prends le tambourin. Il joue avec la boîte à musique et je tape sur le tambourin. Puis je le pose sur le bureau. Il pose la boîte à musique et prend le tambourin pour en jouer à son tour.

Je lui demande de me le rendre pour le ranger en tendant la main, il me le tend sans rechigner.

Je lui propose de chanter une chanson. Je commence la chanson une souris verte, il m'imité et finit la chanson seul.

Je lui donne ensuite une dizaine de cubes en bois. Il dit qu'il va construire une maison. Il les place en deux lignes. Je lui propose de faire une tour que j'amorce. Il la continue et dit espérer qu'elle ne va pas tomber. Celle-ci s'écroule. Il ramasse les cubes et la recommence. Elle tient debout en entier. Je la pousse pour qu'elle s'écroule. Il rigole et la reforme.

Il attrape ensuite les téléphones et m'en tend un. Il fait sonner le sien et décroche. Je décroche également le mien et amorce une conversation à laquelle il répond mais la coupe assez rapidement. Il ne relance pas le dialogue lui-même. Mon téléphone ayant sa sonnerie cassée, je lui demande comment faire. Il ne sait pas. Je lui propose d'imiter le bruit de la sonnerie. Il ne réagit pas. J'imité la sonnerie du téléphone. Il ne m'imité pas. Je lui demande de faire pareil il imite sans grande conviction.

Je lui propose de jouer avec deux petites voitures. Il en prend une, je prends l'autre et on se les envoie. Je lui demande rapidement de me les rendre pour les ranger sans faire de gestes, il s'exécute sans frustration.

Le temps que je range les voitures, Antoine a repéré une pile de livres. Il en prend un. Je lui en propose deux autres pour qu'il choisisse. Il prend celui qui représente des images de jouets pour enfants, sans histoire.

Pendant qu'il regarde son livre, je pointe un objet sur le haut de l'armoire. Il se retourne immédiatement vers l'objet et verbalise.

Puis je lui demande où est la lumière, il me la montre en me disant « elle est là la lumière ».

Je lui propose ensuite de jouer à la dînette. Je lui donne une poêle, deux assiettes, deux fourchettes, un couteau et une cuillère et des aliments et je lui demande de nous préparer à manger. Il met tous les aliments dans la poêle (fruits, légumes, œufs, gâteaux).

Quand c'est cuit, il me sert dans mon assiette un petit mélange et se sert lui à la main directement pour manger (sans passer par l'assiette).

Je fais semblant de me brûler et de pleurer : pas de réaction

Je fais semblant de me couper et de pleurer : pas de réaction mais il me regarde d'un air interrogatif. Puis quelques minutes plus tard, il prend le couteau et me montre qu'il ne coupe pas, que je ne peux pas me couper.

Je prends la fourchette et me coiffe avec. Il prend une cuillère et fait de même. Lorsque je repose la fourchette, il la prend et se coiffe avec.

Je présente ensuite l'épreuve de désignation de la NEEL. Il ne commet pas d'erreurs.

Je lui propose enfin de nous regarder dans un miroir. Je lui demande qui il voit, il me dit « là c'est moi et là c'est toi ».

Je commence quelques praxies, il m'imité. Il fait ensuite quelques grimaces pour que je l'imité aussi. Cela l'amuse beaucoup.

Après avoir rangé le miroir je lui dis qu'il peut retourner dans son groupe. Il prend son manteau et s'en va.

## Annexe n°4 : description de la séance de Pierre

Je reçois Pierre le 15 février 2011. Il est alors âgé de 9ans 10 mois 26 jours.

J'utilise comme matériel : deux téléphones, deux petites voitures, des cubes, un tambourin, une boîte à musique, une dînette, deux marionnettes, un miroir, des livres et les images de dénomination de la NEEL.

### Déroulement de la séance :

Je vais chercher Pierre dès le début de la matinée aux écuries, son activité du mardi matin. Il venait juste de dire à T. (son éducatrice spécialisée) qu'il avait oublié le rendez-vous avec moi. Il me voit arriver et s'approche de moi en me disant qu'il veut bien venir. Il me dit que la semaine d'avant il ne voulait pas mais qu'aujourd'hui il est d'accord pour venir travailler avec moi. Il me demande ce qu'on va faire, je lui explique et lui dit qu'il aura le temps après d'aller faire du cheval, une de ses activités favorites.

On arrive dans le bureau et il regarde tout le matériel que j'ai préparé avant même d'avoir enlevé son manteau et son bonnet.

Une fois installé, il demande pour commencer à jouer avec les marionnettes. Il prend la fille et me donne le garçon. Il me dit que la fille boude. Je fais alors intervenir ma marionnette pour demander ce qu'il se passe. Il redresse la sienne qui était dans une position de repli et me dit que « c'était une blague elle ne boudait pas ». Il fait s'embrasser les deux marionnettes. Je lui demande pourquoi elles s'embrassent de cette façon, il me dit qu'elles s'aiment bien. Je lui demande si elles se connaissent, il répond « ah mince i se connaissent pas bien, i peuvent pas s'embrasser comme ça ».

Il se lève avec la marionnette toujours en main et attrape la boîte à musique. Il veut que la marionnette fasse la musique. Il trouve que la sienne a des mains trop petites alors il me demande pour échanger les marionnettes pour qu'il puisse faire de la musique avec (« mes doigts y glissent »). Il dit « je suis fort j'ai même pas mal » une fois la nouvelle marionnette en main.

Je lui propose de poser les marionnettes et de faire de la musique lui-même. Il s'exécute. Il reprend la boîte à musique. Je prends alors le tambourin. Il demande pour échanger mais préfère finalement la boîte à musique.

Il attrape ensuite les voitures qui sont posées à terre. Il me donne celle des garçons et prend celle des filles. Il invente une histoire : « regarde j'ai du feu » « j'ai un pneu cassé » « c'est qui peut m'aider ? ». Je fais aller ma voiture vers la sienne. Il râle et cache celle qu'il a en main. Je la poursuis avec la mienne. Il dit « je vais me protéger ». Il ne veut pas que les deux voitures se rapprochent.

A la fin de cette activité il me demande quand est-ce qu'il va retourner au cheval. Je lui dit que nous allons encore jouer un peu et qu'il ira ensuite. Il accepte.

Il va ensuite attraper la dînette. « j'aime bien faire la cuisine ». Il reprend les marionnettes. Je lui demande de les ranger « non c'est eux qui font cuire ». Je lui dis que c'est nous qui allons faire à manger, il accepte finalement. Il me donne une poêle, prend la deuxième et propose que chacun fasse cuire ce qu'il veut manger. Je lui dit de faire attention que c'est chaud, il répond « mais non c'est pour de faux ».

Je prends une fourchette et me coiffe avec. Il fait de même. Je lui dis qu'il est bien coiffé, il me répond qu'il est beau !

Je lui propose des images en dénomination. Il ne commet aucune erreur sauf pour « aspirateur » il dira d'abord qu'il ne sait pas, puis dira ventouse, enfin qu'il sait ce que c'est mais ne sait pas comment ça s'appelle. Il le désignera parfaitement par la suite.

Je lui donne ensuite des cubes. Il fait un cheval avec « c'est le cou, le dos, sa queue, ses sabots ». Je lui propose de faire une tour « c'est quoi une tour ? ». Je lui montre, il fait pareil et dit « j'espère qu'elle va pas tomber. Je vais la démolir après et tu vas rigoler ! ». Il tape dedans et dit « j'ai tapé dans sa tronche ». Puis il veut recommencer.

Il aperçoit les livres posés sur le bout du bureau. Il choisit un livre de tchoupi « tchoupi est en colère ». Il me raconte l'histoire, l'accompagne de gestes, d'intonations appropriées et de mimiques. Il prend ensuite un deuxième livre « tchoupi va à la piscine » et la raconte aussi. Il dit qu'il ne sait pas lire mais qu'il sait raconter. Je le félicite. Il me dit que c'est presque comme savoir lire. Il est fier de savoir raconter les histoires.

Je pointe ensuite vers le globe posé sur l'armoire derrière lui. Il se retourne, regarde l'objet. Il demande même pour l'attraper et le regarder de près.

Pendant ce temps j'attrape les deux téléphones rangés dans l'armoire. Je les pose sur le bureau devant lui. Il les regarde, pose le globe et décide de jouer avec. Il m'en donne un. On fait semblant de s'appeler. Il me raconte qu'il vient de lire une histoire, enfin de la raconter parce qu'il ne sait pas lire mais « c'est presque pareil ». Cela semble lui tenir à cœur.

Je lui demande ensuite où est la fenêtre. Il me dit « là » mais ne pointe pas, ne regarde pas dans la direction de celle-ci. Cela semble même l'embêter.

Je lui propose les images en désignation, pas de problème. Il veut même faire la page suivante avec les couleurs. Je lui propose alors de les dénommer.

Je lui propose enfin de faire un jeu avec le miroir. Je lui demande si je peux m'asseoir à côté de lui, il me répond oui et a l'air content. Je lui demande qui il voit dans le miroir « c'est Pierre, c'est toi » en pointant. Il ne se dénommera pas par « moi ». Je fais quelques praxies, il les imite. Il fait ensuite quelques grimaces pour s'amuser. Il essaie de toucher ceux qui sont dans le miroir.

Il demande ensuite pour retourner au cheval, la séance étant terminée je lui dis qu'il peut y aller. Il me demande de venir avec lui car il veut expliquer à son éducatrice ce qu'il a fait mais a peur d'oublier des choses. Il me demande s'il peut revenir la semaine prochaine. Je lui explique que nous avons terminé de travailler tous les deux. Mais il souhaiterait venir tous les mardis !

Tout au long de la séance, Pierre aura eu un regard adapté, franc.

Il utilisera le non quand il n'est pas d'accord.

## Annexe n°5 : description de la séance de Maxime

Je reçois Maxime le 8 février 2011. Il est alors âgé de 11ans 9 mois et 24 jours.

J'utilise comme matériel : deux téléphones, deux petites voitures, des cubes, un tambourin, une boîte à musique, une dinette, deux marionnettes, un miroir, des livres et les images de dénomination de la NEEL.

### Déroulement de la séance :

Je vais chercher Maxime dans sa salle de classe. Il est apparemment content de venir faire une séance avec moi. Sur le trajet jusqu'au bureau où nous allons travailler il me parle de sa sortie en classe de neige qui se déroulera la semaine suivante. Il est embêté car sa maman n'a pas encore signé les papiers d'autorisation. Il espère qu'elle ou sa tatie va venir dans la journée pour les signer.

On arrive dans le bureau, il me dit qu'il ne connaît pas ce bureau, mais cela n'a pas l'air de le déranger.

Il me demande si on peut prendre un jeu qui se trouve dans l'armoire de matériel mais qui est fermée à clé. Je lui dis que j'ai déjà prévu du matériel et je lui propose d'enlever son manteau. Il le pose donc sur le dossier de sa chaise et s'assoie.

Je lui présente l'épreuve de dénomination de la NEEL version courte. Il commet quelques paraphrasies sémantiques (exemple peinture pour pinceau, café pour tasse).

Je le félicite, il apparaît content et me dit « je suis fort ».

Après cette épreuve il me pose de nombreuses questions « on se connaît beaucoup ? comment tu me connais ? ... » Il paraît assez anxieux, et attend des réponses qui le rassurent.

Je pose ensuite deux marionnettes sur le bureau (le petit chaperon rouge et un gendarme). Il sourit, prend le gendarme et me donne l'autre. « je suis un garçon donc je prends celui-là et toi la fille ».

Il m'explique qu'il met ses doigts dans les bras de la marionnette. Il trouve que les mains des personnages sont cassées car les doigts n'y sont pas détaillés. Sa marionnette fait un bisou à la mienne, il dit que c'est la police et qu'il est amoureux.

J'essaie d'amorcer un dialogue entre les deux personnages mais Maxime s'intéresse uniquement à la relation amoureuse.

Il remarque que je prends des notes sur une feuille, il me demande alors ce que je fais. Je lui explique que je note ce qu'on fait pour m'en souvenir, cela semble le rassurer et il se recentre sur le jeu. Il me fait remarquer que s'il ouvre sa main dans la marionnette, elle grossit. Cela l'amuse beaucoup. Puis il retire rapidement sa marionnette et veut passer à autre chose.

Je lui propose donc de faire de la musique. Je pose devant lui la boîte à musique sans lui dire ce que c'est ni lui montrer comment ça fonctionne. Il l'attrape de suite et la secoue. Il me dit « ça fait pas ça ». Puis il tâtonne et finit par trouver comment elle fonctionne. Je prends le tambourin et tape dessus. Il me regarde. Je le pose sur le bureau, il l'attrape et m'imitte mais en tapant avec la boîte à musique dessus qu'il ne veut pas laisser. Puis au bout de quelques secondes quand il ne veut plus en faire il me dit « voilà fini ».

Je pose alors des cubes sur le bureau et amorce une tour. Il enlève les cubes que je viens de superposer, il veut faire un château. Il en veut plus car il n'en a pas assez pour faire tous les murs, mais je lui dis que c'est tout ce que j'ai. Cela ne le contrarie pas, il repart dans son activité. Il décide alors de changer et de faire un bonhomme. Il superpose quelques cubes et me dit fièrement « regarde c'est un bonhomme ». Puis il jette un cube restant sur sa construction et la casse. Il me dit que c'est une bombe. Il le jette près de mon bras. Je fais semblant d'avoir mal. Il sourit et détruit « le méchant ».

Je lui demande ensuite de faire une tour. Il me regarde et ne réagit pas. J'amorce donc la tour avec deux cubes en lui expliquant. Il rajoute un cube au-dessus. Puis il veut qu'on en mette un chacun notre tour.

Une fois la tour finie, il m'aide à ranger le matériel.

Je présente deux téléphones, il en attrape un et le fait tomber. Il le ramasse et demande immédiatement « j'ai pas cassé ? ». Je le rassure en lui disant que non. Je lance une conversation qu'il poursuit mais interrompt rapidement. Je raccroche alors mon téléphone, il me dit « voilà fini ».

Je lui présente alors 3 livres et lui propose d'en choisir un. Il prend celui qui ne contient pas d'histoire. Quand il remarque qu'il n'y a que des images qui ne racontent rien il se demande pourquoi. Mais n'attend pas de réponse. Il choisit d'ailleurs de raconter lui-même ce qu'il voit. Il verbalise beaucoup « moi je préfère ça » « il est mort c'est lui qui a tué » « j'aime bien ». Il me pose aussi beaucoup de questions.

Pendant qu'il regarde son livre, je l'interromps et pointe un globe terrestre qui se trouve sur l'armoire. Il se retourne, le regarde puis reviens immédiatement à son livre. Il ne répète pas le nom de l'objet.

Je lui demande ensuite où est sa classe (qu'on aperçoit par la fenêtre). Il tourne la tête vers la fenêtre, regarde en direction de sa classe et fait un geste de la tête pour me montrer, mais ne verbalise pas et ne pointe pas.

Arrivé à la moitié du livre je lui demande de me le rendre. Il tourne alors très rapidement les dernières pages et me le rend sans râler.

Je pose deux petites voitures sur le bureau. Il demande « c'est quoi ça ? ». Il me dit qu'il y en a une qui est une fille et que l'autre est un garçon. « il frappe les filles » « il frappe plus il est gentil » « là il est méchant » (il grogne). Il tape sur ma voiture qui est la fille, je fais semblant de pleurer, il rigole.

Je pose ensuite la dinette. J'attends, il prend la poêle et dit « on va chauffer » Il me donne une assiette et met des aliments dans la poêle. Il trie en fonction de ce qu'il connaît et de ce qui se cuit ou non « la salade ça chauffe pas ».

Il fait semblant de faire cuire, il nous sert et fait semblant de manger. Puis il pose la poêle sur mon bras, je fais comme s'il m'avait brûlée. Il rigole et fait sur lui en disant que ça brûle. Mais il n'imité pas l'expression de la douleur et les pleurs.

J'attrape une fourchette et je me coiffe avec. Il me regarde, ne réagit pas, ne m'imité pas et retourne à son activité.

Je lui présente enfin un miroir. Je m'assoie à côté de lui. Je lui demande qui il voit dans le miroir. Il me dit « c'est toi ». Je le montre dans le miroir et en pointant je lui demande qui il voit. Il ne répond pas. Il ne se nommera pas ou ne dira pas « c'est moi ».

Je l'entendrai dire son prénom et son nom uniquement au début de la séance quand nous faisons connaissance « moi je m'appelle Maxime X ».

Dans le miroir je fais des grimaces. Il sourit mais ne les imite pas. Je lui demande alors de faire comme moi. Je tire la langue, il essaie de faire pareil mais n'y parvient pas. Je lui propose d'autres praxies qu'il essaiera également de faire mais sans y parvenir.

Lorsque je range le miroir il demande pour faire un dessin. Je lui donne donc une feuille, il attrape un feutre et me demande de deviner ce qu'il dessine. Une fois que j'ai trouvé il me demande de dessiner quelque chose et c'est à lui de trouver. On inversera ainsi deux fois.

Je lui propose ensuite de reprendre son manteau et de retourner en classe. Il traîne un peu au début en touchant au matériel encore présent sur le bureau puis s'exécute. Je le raccompagne donc dans sa salle. Sur le chemin il me demandera si je suis forte et touche mon bras pour vérifier.

Tout au long de la séance Maxime m'aura regardé dans les yeux au moment approprié mais son regard était relativement fuyant.

Par ailleurs il n'exprimera pas de refus, ne dira jamais non. Il se laisse faire.

## Annexe n°6 : description de la séance de Paul

La passation de la Batterie d'Evaluation Cognitive et Socio-Emotionnelle, la B.E.C.S., a eu lieu le 26 janvier 2011 ; Paul a 6 ans 9 mois 16 jours. Cette passation n'a évalué que le domaine socio-émotionnel et a duré 19 minutes et 14 secondes.

Durant cette passation filmée, Paul était dans une salle consacrée habituellement aux Thérapies d'Echange et de Développement ; la salle est vide, dépourvue de décorations et sans fenêtre. Seules une table et deux chaises se trouvent dans la pièce.

### Déroulement de la séance

Paul possède un langage oral développé et est dans la communication

Objets utilisés :

- Boîte transparente
- Assiettes, verres
- Boîte rouge avec nounours
- Boîte à musique
- Un xylophone
- Livre
- Images
- Une brosse
- Une cuiller, une banane
- Crayon de papier
- Souris mécanique
- Voiture rouge
- Une tour cylindrique
- Miroir

En arrivant vers la salle, je demande à Paul de regarder vers « l'objet rouge » en faisant le mouvement. Il regarde et me dit que c'est un extincteur.

Arrivée dans la salle, je demande à Paul de s'asseoir, il le fait.

Je lui demande s'il se souvient de cette pièce (il y allait quand il était plus jeune), il me dit que oui.

Je pose une boîte transparente sur la table et ne dis rien. Puis, je fais le geste « on fait quoi ? ». Il prend la boîte et regarde.

Il ouvre la boîte. Je lui demande ce que c'est, il me dit « assiette », et il fait semblant de boire. Puis, il fait semblant de jouer au restaurant. Il me dit « c'est du saladier » avec de la « viande de requin ». Je lui demande si ce n'est pas plutôt de la

saumonette, il ne réagit pas. Il me dit qu'il mange vite, que c'est un requin. Je l'imité et il me corrige. Je lui dis que le requin est rouge, comme son pull.

Il ne dit rien, puis « t'as vu comme ils sont longues ? ». Puis, il me parle de ses cheveux, « il faut que j'allais au coiffeur ce matin...mais d'abord... est-ce que tu l'as une fille chez toi? Est-ce que tu as un bébé ? » . Je lui dis non, lui demande pourquoi. Il me dit « maman elle a déjà un bébé, il s'appelle N. ».

Je demande quel est l'âge de sa maman ; il jette une tasse.

Puis, il se lève et regarde les jeux sans parler.

Il prend la boîte rouge, contenant le nounours. Il est surpris, il crie légèrement. Je lui demande ce que c'est, il me dit « ze sais pas ».

Je lui montre le nounours, lui dit qu'il a deux oreilles comme lui et lui demande où sont ses oreilles, il ne répond pas.

Il me dit « c'est un nouveau jeu » et appuie plusieurs fois puis laisse le jouet sur la table et prend la boîte à musique.

Il joue tout de suite avec. Je lui demande s'il a la même à la maison, il ne répond pas. Je lui demande plusieurs fois ce qu'il voit sur la boîte. Il ne répond pas. Puis, en montrant la boîte, je lui demande s'il voit souvent des cochons, vaches, il me regarde et fait « non » avec un mouvement de tête.

Je pose une question en me penchant pour regarder mes notes, il ne répond pas mais observe ce que je fais.

Il me regarde et fait rouler la boîte à musique sur la table. Je lui demande s'il joue de la musique, il me dit que oui. Puis, je lui demande comment s'appelle ce qu'il a dans les mains, il me répond que c'est un « instrument » et tourne la manivelle. Puis, il me dit « toi tu joues et moi je » en me montrant le xylophone.

Je lui propose qu'on fasse un groupe de musique, il acquiesce par un mouvement de la tête. Il me demande d'aller plus vite et fait le mouvement.

Je fais semblant d'avoir mal aux oreilles, il me regarde.

Je lui dis qu'on va changer d'instrument en lui prenant la boîte, il ne dit rien et prend le xylophone. Je lui dis que c'est un xylophone.

Il tape sur le xylophone et tape sur la table. Il semble attentif.

Il se lève pour ramasser la baguette de bois qui est tombée. Puis, il continue à jouer.

Je change de rythme avec la boîte à musique, en allant doucement puis en accélérant. Il écoute et essaie de suivre le rythme avec le xylophone. Puis, c'est lui qui mène l'échange et est attentif au fait que je suive son rythme.

Il se lève pour aller chercher la boîte avec le nounours. Je fais semblant d'avoir peur quand l'ours sort. Il regarde et m'imité.

Je sors le livre en disant « oh, mais c'est quoi ? ». Il ne répond pas. Je lui demande de raconter l'histoire, il me dit qu'il ne sait pas lire. Il ferme le livre et le pose.

Il regarde les images. Je lui demande de me donner une image précise, sans faire de geste, il le fait. Je lui demande de me dire ce qu'il connaît. Il me donne le nom des images et le bruit que fait l'objet.

Il m'aide à ranger et il part voir la chaise pour bébé qui se trouve dans la même pièce, en préparation d'une thérapie d'échange et de développement pour un autre enfant. Il me demande de quel objet il s'agit.

Je pose la brosse, la cuiller et la banane sur la table. Il revient voir et s'assoit. Il prend la brosse et se coiffe. Il me demande de me coiffer aussi. Je prends la cuiller et me coiffe. Il me dit « non, c'est pour manger ! ». Puis, il fait semblant de manger la banane. Je prends la brosse et l'utilise comme microphone en faisant semblant de chanter. Il me regarde et quand je lui tends la brosse il m'imité. Je lui demande comment s'appelle ce qu'il a dans la main. Il me dit que c'est « un micro ». Puis, il prend les objets sur la table et les cache. Il joue au magicien me dit-il.

Je propose de continuer le cirque et fait le tour avec le passage du crayon d'une main à l'autre. Il me dit que « là, le requin est en train de manger la brosse puis le requin a mangé le magicien...et il est mort ». Je réitère ma question avec le crayon. Il me demande d'aller plus vite. Je lui donne le crayon pour qu'il essaie. Il me dit « ze sait pas faire » mais il le prend et essaie.

Je sors la souris ; il crie « un rat ! ». Il la prend et joue sur le sol.

Je sors la voiture pour montrer qu'elle ne fonctionne pas comme la souris. Je lui demande de revenir s'asseoir mais il préfère rester sur le sol. Je demande qu'il me redonne la voiture, sans faire de gestes. Il le fait et dit « boum un accident ! » quand je la remets au garage ; je lui précise qu'elle va aller au garage alors pour les réparations.

Je lui présente ensuite la tour. Il la fait tourner puis enlève les cercles et les remet dans le sens contraire de taille. Je lui fais le geste de me la redonner et il me la tend.

Je sors le miroir. Il se regarde longtemps et crie, puis m'observe pour que je regarde dans le miroir. Nous jouons au jeu du coucou avec le miroir. Puis, il se regarde, il s'éloigne, se rapproche le miroir de son visage. Il me donne ensuite le miroir en me disant « je vois plus ». Puis, il le reprend, se regarde en criant. Il dit « c'est moi le loup, je vais te manger, je suis un requin ». Je lui demande alors où est le loup, il me dit « je l'ai mangé ». Il change de voix pour être le requin et essaie de me faire peur. Puis, il veut que je sois le requin et nous nous poursuivons dans la pièce.

Le jeu s'arrête, je lui demande d'éteindre la lumière, il part dans une autre salle et revient le faire quand je lui redemande.

## Annexe n°7 : description de la séance de Ronan

Le 9 février 2011, Ronan passe les items de la BECS dans le domaine socio-émotionnel. Il est âgé de 5 ans 8 mois 24 jours.

### Déroulement de la séance

Objets utilisés :

- Une boîte transparente qui contient un service à thé
- Une voiture
- Une brosse
- Une cuiller
- Une banane
- Boîte rouge avec un ours qui sort
- Boîte à musique
- Xylophone
- Livre
- Carte avec dessins
- Une souris mécanique
- Une tour
- Un miroir

Au moment où je rejoins son groupe, je lui dis « Bonjour » ; il vient et me fait un bisou. Lors de l'accueil, nous lui parlons du fait qu'il va venir jouer tout seul avec moi, il en a très envie. Il dit « je veux faire un jeu tout seul ».

Dans le couloir pour aller à la salle, je lui demande s'il voit l'extincteur en le pointant. Il semblerait regarder mon doigt et ne voit pas l'objet demandé. Je dois me rapprocher et m'arrêter devant pour qu'il le voie.

Je l'installe dans la salle et je vais allumer la vidéo dans la salle à proximité. Pendant mon absence, Ronan dit « je veux faire un jeu tout seul » et il joue avec des instruments de musique.

En arrivant, je lui demande s'il va bien, il me répond que oui.

Je pose la boîte transparente sur la table et lui demande ce que c'est. Après un temps de 5 secondes, il me dit « les boules carrées ». Je lui demande si ça se mange. Il me regarde et me dit « oui », puis « non ». Puis, il ouvre la boîte, sort ce qui est à l'intérieur. Je le laisse faire, il regarde. Je prends un verre et fais semblant de boire. Il me regarde mais ne m'imites pas sauf quand je lui tends un des verres. Il

fait semblant de boire en me regardant. Il remet tout dans la boîte, la ferme et se déplace. Il attrape la boîte rouge avec le nounours.

Il dit « c'est une boîte, appuie sur le bouton bleu » tout en appuyant. Il me regarde et dit « attention !! ». Il appuie et je fais semblant d'avoir peur, il me regarde. Il dit « attends, n'aies pas peur, il est mignon, oui il est mignon ». Je lui montre les oreilles du nounours et lui demande où sont les siennes. Il semble ne pas faire attention à la demande, ne me regarde pas et ne montre pas sur lui ses oreilles.

Il range la boîte et prend la souris. Il fait tourner la manivelle et la regarde tourner quand la souris n'est pas posée sur le sol ou la table. Je lui demande s'il a des souris à la maison, il me dit que non. Il me dit « la souris c'est quand on mange du fromage ». Il est attiré par la queue qui bouge.

Je lui reprends la souris des mains et lui dis « moi je veux qu'on prenne ça » en tendant la voiture. Il est d'accord. Je lui donne la voiture. Il la fait rouler sans m'intégrer au jeu. Il dit qu'elle a des petites roulettes. Je lui demande de quelle couleur est la voiture, il me dit rouge. Je lui demande la marque de la voiture, il me dit que c'est une renault, « il est là au fond » en me montrant le sigle.

Puis, il se met debout et va chercher les cartes. Il les prend et les emmène à table. Il donne le nom des objets sans que je lui demande. Je lui donne un nom d'objet en contradiction avec ce qu'il vient de dire, il ne réagit pas. Puis il me dit qu'il veut arrêter. Il prononce mélodiquement « après, essayons un autre jeu ».

Je fais des gestes pour qu'il me donne les cartes afin que je les range. Il fait l'action après plusieurs répétitions de gestes.

Puis, je dispose la banane, la cuiller et la brosse sur la table. Il mange la banane, boit à la cuiller et se brosse les cheveux avec la brosse. Je me brosse les cheveux avec la banane. Il ne veut pas faire pareil puis le fait après plusieurs hésitations.

Je range et je prends le xylophone. Il me demande ce que c'est. Je lui dis qu'il s'agit d'un piano et il me dit « non, c'est un nylophone ». Je prends l'instrument et joue. Il écoute attentivement. Je lui donne le xylophone et fais des gestes de chef d'orchestre. Il est attentif. Je lui demande si je peux jouer, il me répond oui après

plusieurs demandes. Quand il tape fort, je fais signe que ça me fait mal aux oreilles, il tourne la tête pour voir si ses oreilles lui font mal aussi. Puis, il veut passer à autre chose.

Je ne lui donne pas ce qu'il demande. Je prends la tour et joue seule. Au bout de quelques secondes, il me dit « je veux faire ». Il commente ce qu'il fait, donne la couleur des ronds qu'il enfile sur la tour. Il ne me regarde pas. Il essaie de faire tourner la tour mais n'y arrive pas. Puis, je lui demande de ranger, sans faire de gestes et il le fait.

Je prends le livre. Il regarde et me demande de le lire. Il produit une écholalie « que je la lise ». Durant la lecture, je fais le signe du « au revoir » qu'il commente. Il se lève. Je lui demande de se rasseoir et lui dit « c'est quoi ? » en lui montrant le livre. Il me répond « des lapins et voilà ! ».

Je range le livre et sors le crayon. Il essaie d'imiter, il me dit « très difficile, hop, hop ! ».

Puis, je sors le miroir. Il le prend et dit « j'ai trouvé un drôle de miroir, ne t'en fais pas, drôle de miroir magique pour faire des costumes, du maquillage... ». Puis, je lui demande qui il voit dans le miroir, il ne répond pas. Je lui redemande 5 fois, il me dit « c'est Ronan » puis il parle au miroir.

J'essaie le jeu du coucou avec le miroir mais il ne joue pas, il continue de se regarder. Puis je prends le miroir et me regarde ; ça ne l'intéresse pas, il se lève. Il va prendre la boîte rouge et me dit « a peur ». Je lui demande s'il a vraiment peur et il me dit oui.

## Annexe n°8 : description de la séance de Théo

La passation de la Batterie d'Évaluation Cognitive et Socio-émotionnelle, la B.E.C.S., a eu lieu le 19 janvier 2011 à 4 ans 5 mois 21 jours. Cette passation n'a évalué que le domaine socio-émotionnel et a duré 21 minutes et 23 secondes.

Durant cette passation filmée, Théo était dans une salle consacrée habituellement aux Thérapies d'Échange et de Développement ; la salle est vide, dépourvue de décorations. Seule une table et deux chaises se trouvent dans la pièce.

### Déroulement de la séance

Théo ne parle pas, il jargonne

Objets utilisés :

- Une boîte transparente qui contient un service à thé
- Une voiture
- Un peigne
- Une cuiller
- Une banane
- Boîte rouge avec un ours qui sort
- Boîte à musique
- Xylophone
- Livre
- Carte avec dessins
- Une souris mécanique
- Une tour
- Un miroir

En arrivant dans la salle du groupe, Théo me regarde, puis part en courant de l'autre côté de la pièce, et ensuite vient me dire bonjour, me tend la joue pour que je lui fasse un bisou.

Dans le couloir, en passant près de l'extincteur, je lui dis « tiens Théo tu as vu » en faisant le geste de pointage ; il regarde et répète. Je lui dis qu'il s'agit d'un extincteur et il produit une écholalie du mot « extincteur ».

En arrivant dans la salle, je lui demande « où est là lumière ? » ; il répète mais ne montre pas, ne s'approche pas de la lumière.

Je lui dis « tu t'assois », il y va.

Je mets une boîte transparente sur la table et ne dis rien ; il la regarde, la prend et me la donne ; je sors le service de thé en verbalisant.

Je fais semblant de boire, il refait le geste en reprenant la tasse que j'ai utilisée et jargonne ; je lui demande s'il boit comme à la maison, mais il ne réagit pas.

Je range puis je sors la voiture en lui demandant « c'est quoi ? » il ne dit rien ; je verbalise, la fais rouler et lui envoie ; il ne la renvoie pas et il me la donne.

Il ne me regarde pas quand je lui pose une question.

Je pose un peigne, une banane, une cuiller devant lui et ne dis rien ; il prend le peigne et se coiffe (le peigne est dans le mauvais sens).

Il redemande le peigne puis je le pointe, je propose de me coiffer avec la cuiller, il n'imité pas.

La boîte rouge avec le nounours lui plaît, il la regarde, me la donne, je lui redonne et lui dis d'appuyer sur le bouton bleu, plusieurs fois. Il essaie et quand je dis « vas-y », il le fait

Je lui montre les oreilles, le nez sur l'ours ; il ne le refait pas sur lui

Je tourne les feuilles de notes que j'ai posées sur le sol ; il dit « tour », il attend, il est attentif.

La boîte à musique est posée sur la table ; il me regarde et tape la boîte ; il observe ma réaction.

Il comprend le mécanisme, et attend ma réaction quand il se remet à taper la boîte ; il fronce les sourcils ; je fais semblant d'avoir mal aux oreilles, de pleurer ; il ne manifeste aucune réaction.

Quand je sors le xylophone, il me redonne la boîte à musique. Il me donne le xylophone et tape dessus, je lui dis musique, il répète « usi ».

Je fais le jeu du coucou avec le xylophone mais il veut faire de la musique. Puis, je dis « je le range » avec le geste ; il me le donne.

Je lui montre le livre, il fait « aaaa » et tourne les pages.

Je présente les cartes ; il ne les regarde pas.

Je demande où est la voiture, le chat, en imitant le miaulement ; il prend les images et les brasse sur la table.

Il me les donne si je dis que je veux la voiture avec le geste de vouloir la carte, mais il ne donne pas ce que je demande.

Je lui montre la souris ; il la tourne pour qu'elle roule, je ne dis rien.

Il la regarde, la retourne, regarde les roues, la queue, il semble avoir peur ; il ne la fait pas rouler

Avec un crayon je gratte la fourrure, il pousse la souris, je la range.

Je fais passer le crayon d'une main à l'autre il regarde attentivement, je lui donne le crayon et il le jette.

Je prends la tour ; il enlève les cercles de différentes couleurs. Puis, il refait la tour mais pas dans l'ordre de taille. Il fait tourner la tour en faisant du bruit.

Je lui dis « tu me donnes » sans geste ; il me rend la tour.

Je sors le miroir. Je lui laisse, il voit ses mains, il regarde furtivement le miroir.

J'amorce le jeu de coucou avec le miroir ; il regarde l'objet mais pas son reflet. Il veut jouer aussi au « coucou », il rit et il met le miroir sur la tête puis me le redonne.

## **Annexe n°9 : description de la séance d'Emile**

Emile a été évalué à l'aide de la BECS le 1<sup>er</sup> février 2011. Il est alors âgé de 7 ans 3 mois et 12 jours. Cette évaluation a été réalisée par la psychologue de l'IME où est accueilli Emile.

Les résultats proviennent donc des notes et résultats obtenus par la psychologue.

### Déroulement de la séance

Lors de la désignation d'images, il ne commet qu'une erreur, sur le mot montre.

La souris activée, il réagit, il semble avoir peur. Il la repousse et s'éloigne de la table.

Il s'amuse avec l'adulte ; il fait tomber un objet de la table et regarde la réaction de l'adulte. Il rit. Il semble être dans la relation.

Par contre, si l'adulte manifeste de la peur, de la tristesse, il ne réagit pas.

Durant le jeu de la dînette, il ne fait pas semblant de mâcher. Il n'imité pas la psychologue quand elle donne à boire au bébé.

Il prend le peigne et se coiffe quand celui-ci est présenté.

Lorsque la psychologue fait passer un crayon d'une main à l'autre, il essaie de reproduire ce geste mais croise les bras.

A la demande, il répète les mots « papa » et « maman » mais pas son prénom.

Lors de reprise d'objet convoité par la psychologue, Emile ne manifeste pas de réaction. Il reconnaît son image dans le miroir ; quand la psychologue lui demande de qui il s'agit, il se pointe.

Lors de la présentation du miroir, la psychologue met une tache sur le nez d'Emile ; il utilise le « non » pour manifester son mécontentement.

Durant les échanges, il a imité les ronflements et le cri du lion.

La psychologue met le cube sur la tête d'Emile et celui-ci essaie de remettre le cube sur la tête de la psychologue.

Durant cette passation, il a été remarqué qu'Emile attend l'aval de l'adulte quand il semble ne pas être sûr de lui.

## **Annexe n°10 : description de la séance de Yann**

Yann a été évalué à l'aide de la BECS le 7 octobre 2010. Il est alors âgé de 6 ans 10 mois et 16 jours. Cette évaluation a été réalisée par la psychologue de l'IME où est accueilli Yann.

Les résultats proviennent donc des notes et résultats obtenus par la psychologue.

### Déroulement de la séance

La psychologue est allée chercher Yann en fin de sieste. Il est très demandeur d'être regardé. Il fait de même lors des temps de repas ; il regarde l'adulte avant de manger sa cuillerée.

La première épreuve de passation est l'encastrement.

Il fait une tour de 10 cubes et va très vite.

Il n'imité pas l'action de boire. Il prend la brosse et se coiffe.

Il n'essaie pas d'actionner la souris mécanique.

Lorsque la psychologue sort la cloche, il regarde furtivement.

Lors de la présentation du tube, il a essayé de faire tomber la mousse à l'aide de la balle ; il a réalisé une action complexe qui n'était pas attendue.

Yann a manifesté de l'intérêt pour la ficelle attachée au canard et non pour l'objet en lui-même.

Lors de la présentation du miroir, il l'a pris et l'a approché de son visage puis l'a posé. Quand le tissu était sur le miroir, il n'a pas manifesté de réactions, n'a pas enlevé le tissu pour découvrir le miroir.

Le bébé a été présenté à Yann ; il n'a pas eu de maternage vis-à-vis de cette poupée.

## Annexe n°11 : tableaux de cotation des niveaux par domaine, pour le domaine socio-émotionnel

Degré 0 : l'enfant ne manifeste pas le comportement de l'item ; il échoue

Degré 1 : l'enfant manifeste le comportement de l'item mais le comportement est incomplet, peu assuré, peu stable

Degré 2 : comportement complet, assuré et stable sans l'aide de l'examineur

### REGULATION DU COMPORTEMENT

	0	1	2	
L'enfant résiste à la prise d'objet				<b>NIVEAU 1</b>
Il repousse un objet indésirable				
Il s'agite quand un spectacle intéressant s'interrompt				
Il utilise le non pour interrompre son activité				<b>NIVEAU 2</b>
Il se montre opposant quand l'adulte reprend l'objet				
Il prend la main pour poursuivre une action				
Il répond à un ordre simple				<b>NIVEAU 3</b>
Il rend un objet à l'adulte				
Il demande la permission avant de réaliser une action				
Il répond à 3 ordres simples aux contenus différents				<b>NIVEAU 4</b>
Il demande deux objets distincts qui se trouvent hors de son champ visuel				

### INTERACTION SOCIALE

	0	1	2	
L'enfant établit un contact visuel				<b>NIVEAU 1</b>
L'enfant suit des yeux le déplacement d'une personne				
Il lui arrive d'essayer d'atteindre une personne à proximité				
Il peut à la fois regarder une personne lui sourire et vocaliser				<b>NIVEAU 2</b>
Il regarde l'autre quand il lui tend un objet				
Il sait solliciter l'adulte pour engager ou suivre un jeu social avec ou sans objet				<b>NIVEAU 3</b>
Il appelle les personnes par leur prénom				
Il utilise des phrases de deux mots				<b>NIVEAU 4</b>
Il établit un contact en utilisant des phrases de deux mots				

**ATTENTION CONJOINTE**

	0	1	2	
L'enfant regarde l'objet présenté par l'adulte				<b>NIVEAU 1</b>
Quand l'adulte pointe son index vers un objet, il fixe l'index et non l'objet				
Lors d'un pointage de l'adulte vers un objet il regarde dans la direction pointée				<b>NIVEAU 2</b>
Il ébauche un regard vers l'objet				
Lors d'un pointage de l'adulte vers un objet, il oriente son regard vers l'objet				<b>NIVEAU 3</b>
Il est capable de montrer 2 ou 3 images dénommées				
Il répond verbalement et gestuellement aux invitations d'autrui				
Il peut donner les objets dénommés				<b>NIVEAU 4</b>
Il peut montrer les objets après dénomination de l'adulte				
Il sait faire des phrases de deux mots pour décrire une action vue				

**LANGAGE EXPRESSIF**

	0	1	2	
L'enfant émet des vocalisations variées et adaptées au contexte				<b>NIVEAU 1</b>
Il prononce deux à trois noms d'objets usuels ou de personnes familières				<b>NIVEAU 2</b>
Il produit plusieurs mots (20 à 30)				<b>NIVEAU 3</b>
Il peut s'opposer par l'utilisation du non				
Il prononce des phrases de 2 à 3 mots				<b>NIVEAU 4</b>
Il sait commenter ses actions				
Il peut employer le mot moi				

**LANGAGE COMPREHENSIF**

	0	1	2	
L'enfant réagit aux différentes intonations de l'adulte par des mimiques ou des gestes				<b>NIVEAU 1</b>
Il connaît 10 mots familiers, sans geste mais en contexte				<b>NIVEAU 2</b>
Il regarde l'objet ou la personne dénommée				
Il connaît 30 à 40 mots				<b>NIVEAU 3</b>
Il réagit aux mots sans objet correspondant				
Il comprend des phrases de deux mots familiers en contexte				
Il peut réaliser une action non conventionnelle vers un objet				<b>NIVEAU 4</b>
Il comprend des phrases de 2 à 3 mots				
Il connaît environ 100 mots				

**IMITATION VOCALE**

	0	1	2	
L'enfant peut reproduire des sons semblables à ceux de l'adulte				<b>NIVEAU 1</b>
Il sait imiter correctement les mots familiers et approximativement les mots nouveaux				<b>NIVEAU 2</b>
Il peut reproduire des bruits familiers				
Il sait imiter immédiatement et correctement un mot nouveau				<b>NIVEAU 3</b>
Il sait imiter immédiatement et correctement les mots nouveaux				<b>NIVEAU 4</b>
Il peut reproduire l'association de deux mots				

**IMITATION GESTUELLE**

	0	1	2	
L'enfant imite les gestes par approximation				<b>NIVEAU 1</b>
Il est capable d'imiter immédiatement un geste qu'il connaît				
Il imite une action progressivement				<b>NIVEAU 2</b>
Il peut imiter immédiatement une action inhabituelle				
Il peut imiter immédiatement ou approximativement une action non familière dont il ne verrait pas le résultat				<b>NIVEAU 3</b>
Il peut imiter immédiatement 3 gestes avec ou sans objet				<b>NIVEAU 4</b>

**RELATION AFFECTIVE**

	0	1	2	
L'enfant sourit et manifeste de la joie en rencontrant une personne familière				<b>NIVEAU 1</b>
Il est plus facilement consolé par une personne familière				
Lors d'une séparation ou en l'absence d'une personne connue, il pleure ou est inquiet				<b>NIVEAU 2</b>
Il marque une préférence pour les personnes familières				
Il possède un objet « consolateur »				
Il parvient à reconnaître et à différencier ses parents				<b>NIVEAU 3</b>
Il s'oppose par le non				
Il se montre exigeant et exprime clairement ses désirs				
Il s'affirme clairement				<b>NIVEAU 4</b>
Il éprouve du plaisir à provoquer les personnes				
Il tente parfois de s'imposer et de diriger				
Il manifeste parfois des réactions ambivalentes				

**EXPRESSION EMOTIONNELLE**

	0	1	2	
L'enfant manifeste de l'anxiété et de la tristesse au départ de ses parents				<b>NIVEAU 1</b>
Il sourit à l'apparition d'un objet convoité				
Il manifeste une réaction de rejet ou de crainte à l'apparition d'un objet inhabituel				
Il réagit émotionnellement aux mimiques de l'adulte				
Il manifeste des réactions émotionnelles de reconnaissance à une personne qui lui donne un objet convoité				<b>NIVEAU 2</b>
Il est surpris voire un peu effrayé quand une personne lui donne un objet inhabituel				
Face à son image dans le miroir il sourit tout en demeurant craintif				
Il manifeste de la joie face à un miroir				<b>NIVEAU 3</b>
Il éprouve de l'anxiété, de la honte quand il échoue				
Il reconnaît son visage dans le miroir				<b>NIVEAU 4</b>
Il se montre embarrassé après une réprimande				
Il manifeste mépris ou dégoût suite à un échec				

## Annexe n°12 : réponses au questionnaire d'une orthophoniste des deux-Sèvres

Questionnaire à l'intention des professionnels prenant en charge un enfant présentant un trouble envahissant du développement (TED) non spécifié (« psychotiques ») dans le cadre du mémoire sur la prise en charge orthophonique de ces enfants

Notre mémoire portant sur la prise en charge des enfants présentant un TED non spécifié, nous avons été amenées à faire des recherches dans les différentes classifications (DSM IV, CIM 10, CFTMEA). Nous avons trouvé que le diagnostic se fait par exclusion des autres TED, sans plus de précisions. Il est également apparu que le TED non spécifié entre dans le champ de la psychiatrie. Ce questionnaire a pour but de nous aider à mieux comprendre cette pathologie.

≠ autisme : enfant beaucoup plus dans sa bulle



1-Psychose ou Handicap ?

Dans le DSM IV, CFTMEA et CIM 10, nous trouvons le terme de « TED sans précision » ou « TED non spécifié » ou autisme atypique. Pourriez-vous donner votre définition de cette pathologie ?

En quoi la différenciez-vous de l'autisme ? Enfant qui a quand même des capacités de communication, avec des particularités autistiques

2- Quelle proportion d'enfants présentant un TED non spécifié prenez-vous en charge ?

Geneviève : 2 Solène : 1

3- Par qui vous sont-ils généralement adressés ? (cochez les réponses)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Parents   | <input type="checkbox"/> Instituteur                 |
| <input type="checkbox"/> Médecin généraliste   | <input type="checkbox"/> PMI (préciser) :            |
| <input checked="" type="checkbox"/> Spécialiste (neuropédiatre, Orf, pédopsychiatre, autre, merci de préciser) | <input type="checkbox"/> Service social (préciser) : |
|  | <input type="checkbox"/> Autre (préciser) :          |

4-Pour poser un diagnostic utilisez-vous ? (cochez les réponses) (question pour le pédopsychiatre)

- des la classification : DSM IV, CIM 10, CFTMEA, autre (préciser)
- des grilles d'entretien : ADOS, ADIS, VINELAND, autre (préciser)
- des appréciations cliniques

Nous n'en posons pas.

5- Quelles prises en charge préconisez-vous, vous semblent adaptées et/ou réalisables ?

(si ça dépend ça dépend quoi ? âge, déficience associée, possibilités familiales....)

Dans quelle(s) structure(s) ?

Quelle(s) méthode(s) spécifique(s) ?

PEC individuelle ou de groupe - Pictos

Questions spécifiques aux orthophonistes :

6- Quels sont les axes de travail prioritaires pour ces enfants ?

Y a-t-il des spécificités ?

Attention conjointe, échange non-verbale → verbale, compréhension

7- Par quels moyens ? (matériel existant, situation écologique, matériel spécifique, méthodes de communication...)

TED - Pictos - Atelier - Images - Histoire - Chant - Musique

8- De quelle manière travaillez-vous avec les parents ? (cochez les réponses)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Informations         | <input type="checkbox"/> Participations aux séances                            |
| <input type="checkbox"/> Entretiens réguliers | <input checked="" type="checkbox"/> Autres (précisez) à la demande des parents |

9-Pouvez-vous illustrer ce questionnaire d'un (ou plusieurs) cas clinique ?

Age, sexe, diagnostic, pistes de travail, différentes PEC depuis quelle date ?

bilan, pistes de travail, matériel et moyens Non

Avez-vous des conseils de lectures, de personnes spécialisées à contacter, d'associations à rencontrer... ? France autisme - ALPAN 79

Autisme 79

Vous pouvez ne pas répondre à toutes les questions.

## **Annexe n°13 : transcription des réponses au questionnaire du Docteur Andrieu (Lille)**

### Question 1 : définition du TED et différenciation d'avec l'autisme

Le diagnostic de TED non spécifié se fait dans un deuxième temps : c'est d'abord un trouble envahissant du développement (avant d'être non spécifié) mais tous les signes ne sont pas présents.

Avant on parlait de « psychoses », de « dysharmonies psychotiques ». Le terme « psychose » était le terme du moment ; il est moins utilisé à présent, même s'il conserve une pertinence psychopathologique. Cela dit, les enfants eux, restent les mêmes!

Dans les TED et l'autisme : on distingue

- L'éclairage par la notion de handicap : il s'appuie sur une ou plusieurs déficiences qui sont à base neurologique, génétique et/ou développementale. Si la base du handicap s'appuie sur une déficience (innée ou acquise), les aspects environnementaux familiaux, conjugaux, sociaux,... vont venir modifier, dans le sens d'une aggravation ou d'une minoration, les déficiences de départ...
- L'éclairage par la notion de psychose : c'est la façon dont la personne va se construire psychiquement, c'est une notion avant tout psychopathologique. Cette construction va évidemment aussi dépendre de l'environnement social, familial, scolaire... on est bien dans le domaine de la construction, de l'acquis.

Le modèle biopsychosocial d'Edgar Morin (sociologue français), met en avant la notion de complexité. C'est un modèle à plusieurs dimensions :

- Le biologique peut sans doute expliquer une partie de la pathologie autistique (le socle sur lequel la pathologie va se développer), avec ses aspects génétiques (fragilités géniques) et développementaux (prénatal, périnatal, post natal)
- Le social : correspond à l'environnement de l'enfant (son environnement familial et au-delà amical, scolaire, social, voire ethnoculturel...)
- Le psychologique : à l'interface des deux autres. Le biologique et le social se conjuguent, mais l'homme est aussi un animal doué de raison, et d'une

« âme » comme le disent les philosophes. Comment, à la lumière des deux autres (le socle biologique et les effets environnementaux), l'enfant va construire son propre psychisme ?

La conjugaison de tous les regards est intéressante.

Est-ce qu'on naît autiste ou est-ce qu'on le devient ? La question prête à des simplifications, mais on pourrait dire : un peu des deux...

Un seul modèle (biologique ou médical, psychologique, socio-environnemental ) ne peut rendre compte de la personnalité complète de l'enfant, c'est la conjugaison des discours qui s'approche le mieux d'une appréhension globale du fait psychique chez l'homme...

En fonction des courants de pensée, qui fonctionnent parfois un peu comme des modes, on trouve des discours dominants et minoritaires, marginaux.

Aujourd'hui, pour l'autisme, le courant majoritaire se place du côté du handicap, des difficultés développementales. Le courant marginal se situe plutôt du côté de la pathologie psychiatrique, de la psychose.

Avant c'était l'inverse ! A une époque pas si reculée, il aurait même été mal perçu de trouver une origine génétique dans l'autisme...

Le Dr Andrieu nomme les enfants présentant un TED en deux catégories : les autistes et les enfants avec un TED, mais non autistes. Les enfants avec un TED non autistes ne présentent pas tous les signes caractéristiques de l'autisme (notamment les difficultés d'interactions, la restriction des intérêts, les anomalies langagières), et peuvent avoir des signes pathologiques qui n'existent pas dans l'autisme (par exemple une production hallucinatoire ou délirante).

L'appellation pourra être différente selon qu'on se trouve dans un centre diagnostic ou un centre de prise en charge, car ce n'est pas nécessairement la même approche qui est mise en avant par les professionnels...

Question 3 : par qui ces enfants sont-ils adressés ?

A l'ITEP, les enfants sont adressés par la MDPH ; l'admission ne se fait qu'avec l'accord MDPH, et naturellement celui des responsables légaux (le plus souvent les parents).

Question 4 : le diagnostic

Le diagnostic se fait avant tout cliniquement, avec éventuellement des examens complémentaires (psychologue avec évaluation clinique et tests, centre ressource autisme : dans le cas des enfants accueillis à l'ITEP pour proposer des pistes de travail ou confirmer un diagnostic : le diagnostic est toujours posé préalablement).

Il s'appuie éventuellement sur la CIM10. (mais les nosographies et les classifications ne sont finalement que des conventions... )

Le Dr Andrieu aime le terme de « trouble envahissant du développement » car « envahissant » reflète l'importance du trouble ; « développement » montre que ça touche l'enfant dans son être « en développement », cela a une connotation dynamique. Le terme peut aussi faire moins peur que le mot autisme (même si la majorité des parents y ont pensé, sans oser le dire... ).

On peut distinguer dans la pratique clinique deux « pôles » dans les TED :

- Un pôle où les spécificités autistiques sont au premier plan, avec tout ou partie des symptômes typiques de la triade autistique.
- Un pôle qu'on pourrait qualifier cliniquement de « psychotique » : avec hallucinations, bizarreries, confusion réel/imaginaire, éléments délirants, souvent des troubles du comportement.

Chez l'autiste on peut trouver des troubles du comportement quand une déficience intellectuelle importante est présente, sinon ils sont absents (sauf mise en situation anxiogène).

Chez les adultes, on parle de pôle expansif et pôle négatif.

Selon André Carel (psychanalyste lyonnais) :

- Il faut « accorder de l'importance au diagnostic parental ». Cela permet de travailler à partir de l'idée que se font les parents de la pathologie de leur enfant. Aujourd'hui les parents cherchent beaucoup sur internet. Nous avons affaire à de vrais parents « savants ». Le diagnostic des parents est souvent

un mélange : diagnostic d'un médecin + internet + avis de membres de l'entourage.

- Il faut faire attention à la « tentation étiologique » : la recherche pastorienne de la cause : le pourquoi ? Elle est quasiment indissociable du médical. Mais elle a l'immense inconvénient de stimuler la culpabilisation parentale, qui ne fait alors que s'amplifier, se scléroser..

#### Question 5 : la prise en charge

A l'ITEP, les enfants accueillis ont de 5 à 18 ans. Souvent vers 13/14 ans on les réoriente vers un IMPro, une SEGPA ou un établissement spécialisé belge car sur place il n'y a pas de possibilité d'ateliers de formation professionnelle.

Au niveau de la prise en charge, les aides visuelles (pictos...) sont souvent bénéfiques surtout pour les enfants sans langage.

La prise en charge se fait en scolaire, en éducatif et en soins (psychothérapie individuelle ou en groupe, orthophonie, psychomotricité). Les prises en charges thérapeutiques ne sont pas systématiques. Souvent à l'adolescence on peut être confronté à des refus. Mais il faut aussi tenir compte de l'effet du temps sur la prise en charge qui peut alors s'effiloche par des effets d'usure (du côté de l'enfant, mais aussi du côté du thérapeute). Elle dépendra en partie de l'envie de l'adolescent, de son investissement. On pourra alors lui proposer des pauses, ou un arrêt avec un thérapeute, pour réenclencher éventuellement ailleurs et autrement une autre forme de thérapie...

## **Annexe n°14 : transcription des réponses au questionnaire du médecin psychiatre de l'IME de Marcq-en-Baroeul**

### Question 1 : définition du TED et différenciation d'avec l'autisme

Selon lui on parle plutôt de psychose mais qui peut avoir une origine biologique ou neurologique qui n'est actuellement pas démontrée.

Ces pathologies, autisme et trouble envahissant du développement, se rapportent à la psychose. Aujourd'hui on ne connaît pas de cause biologique mais peut-être qu'il en existe une. C'est une pathologie qui se construit. Il n'existe pas de terrain favorable.

L'autisme est une forme de psychose avec des symptômes spécifiques.

### Question 2 : nombre d'enfants avec un TED non spécifié

Dans l'IME peu d'enfants sont psychotiques. Un seul est un vrai autiste. Deux voire trois enfants peuvent être classés dans les TED non spécifiés.

### Question 3 : par qui ces enfants sont-ils adressés ?

Les enfants sont adressés par la MDPH.

### Question 4 : le diagnostic

Ce médecin utilise en général la CFTMEA. Le DSM IV lui paraît sans grand intérêt pour la pratique à l'IME. Le diagnostic est sans importance, il n'y a pas besoin de classer. Ce qui importe c'est le certificat qu'on remplit pour la MDPH, ce qu'on leur demande et ce qu'on propose comme plan thérapeutique.

Il se base aussi sur des appréciations cliniques.

Pour le diagnostic, il utilise le terme « dysharmonie ». Il n'emploie pas le terme de TED ou de psychose.

### Question 5 : la prise en charge

Il préconise une prise en charge en structure possédant éventuellement une section autistes. Cette prise en charge est individuelle, en orthophonie, en psychomotricité et

en psychothérapie. Les éducateurs participent aussi en se formant à l'autisme (budget important dans l'établissement).

Selon lui la méthode du PECS est intéressante à mettre en place surtout quand l'enfant n'a pas de langage.

La méthode TEACCH peut servir d'inspiration : idée de limiter les stimuli lors d'une activité cognitive.

#### Question8 : la rencontre avec les parents

Ce médecin a peu de contacts avec les parents. Il a l'occasion de les rencontrer lors de réunions à l'admission dans l'IME, puis sur demande des parents ou par téléphone.

## **Annexe n°15: transcription des réponses au questionnaire de médecins psychiatres du service de pédopsychiatrie**

### Question 1 : définition du TED et différenciation d'avec l'autisme

Actuellement, la pédopsychiatrie française utilise la CIM 10 afin de poser le diagnostic. Les pédopsychiatres interrogés dans la région Poitou-Charentes utilisent la CFTMEA et, certains préféreraient utiliser la CIM10 reconnue nationalement. Néanmoins, ils s'accordent tous pour dire que le terme de « psychose » n'est plus d'actualité. Ce terme était une particularité de la psychiatrie française dans les années 70. Selon certains pédopsychiatres, le terme psychose représentait un terme négatif pour les parents ; ces derniers ont créé des associations et ont voulu que les enfants soient considérés comme handicapés et non plus comme psychotiques.

Dans la prochaine version de la classification américaine, le DSM V, le terme de « Trouble Envahissant du Développement » deviendra « trouble du spectre autistique ».

### Question 2 : nombre d'enfants avec un TED non spécifié

Selon la plupart des professionnels, les enfants présentant des TED (Troubles Envahissants du Développement) non spécifiés représentent la plupart des enfants pris en charge en pédopsychiatrie, appelés enfants avec Trouble Envahissant du Développement, soit 80% des enfants avec des TED. De plus, les enfants dits « autistes » sont aussi des enfants TED non spécifiés ; les « vrais » autistes de Kanner ne représentent qu'une faible proportion d'enfants.

Dans le service de pédopsychiatrie dont il est question, il y a environ 10 nouveaux cas par an d'enfants avec des TED.

Selon un pédopsychiatre, la plupart des enfants TED sont aussi atteints de déficience intellectuelle.

### Question 3 : par qui ces enfants sont-ils adressés ?

Les enfants sont essentiellement adressés par les services de pédiatrie, de neuropédiatrie où les enfants sont hospitalisés quand ils sont plus jeunes.

#### Question 4 : le diagnostic

Le diagnostic est posé dans ces établissements du Poitou-Charentes avec la CFTMEA, et l'aide et la consultation du CARS (Childhood *Autism* Rating Scale) effectué par les équipes pluridisciplinaires entourant l'enfant, du PEP (Psycho-Educational Profil) et autres tests...Néanmoins, la Haute Autorité de Santé a demandé un consensus sur les diagnostics en préconisant de les poser à l'aide de la CIM10.

Le diagnostic précoce concerne un enfant de moins de 3 ans et est réévalué au moins une fois par an. Le Centre Ressource Autisme peut aider à poser ce diagnostic.

De plus, les pédopsychiatres rencontrent l'entourage de l'enfant et rassemblent les équipes pluridisciplinaires régulièrement afin d'évoquer le cas de l'enfant et ainsi d'affiner le diagnostic ou de le modifier.

En effet, les professionnels s'accordent pour dire que le diagnostic de l'enfant présentant un TED non spécifié est évolutif et peut être affiné régulièrement.

#### Question 5 : la prise en charge

Pour ces enfants, les prises en charge préconisées sont des prises en charge correspondantes aux besoins de l'enfant et à ses possibilités. Elles doivent être pluridisciplinaires, encadrées par des rassemblements réguliers à propos de l'enfant. De plus, les rencontres avec les parents sont très importantes pour considérer l'enfant dans son environnement et apporter des soins en fonction de leurs demandes et besoins.

## **Annexe n°16 : transcription des réponses au questionnaire des orthophonistes du Nord (59)**

### Question 1 : définition du TED et différenciation d'avec l'autisme

Elles définissent le trouble envahissant du développement non spécifié comme une pathologie présentant des troubles importants de la communication associés à des comportements stéréotypés et ritualisés.

La différence avec l'autisme, c'est que ces enfants ont la possibilité d'entrer en contact avec l'autre, la possibilité d'inclure l'autre dans son jeu.

### Question 2 : nombre d'enfants avec un TED non spécifié

Ces orthophonistes prennent peu d'enfants présentant cette pathologie en charge : 2 enfants sur 50 pour l'une d'entre elles, aucun actuellement pour la deuxième.

### Question 3 : par qui ces enfants sont-ils adressés ?

Les enfants leur sont généralement adressés par le pédopsychiatre de la structure dans laquelle elles travaillent.

### Question 4 : la diagnostic

En général, les orthophonistes ne sont pas consultées lors des diagnostics.

### Question 5 : la prise en charge

La prise en charge leur semble être adaptée en hôpitaux de jour, SESSAD, CATTP.

Selon l'enfant une prise en charge en psychomotricité, en orthophonie, en groupe semble appropriée.

Il semble important en tout cas que la prise en charge soit pluridisciplinaire.

Les méthodes utilisées dépendront vraisemblablement de l'enfant et de sa famille.

Question 6 : les axes de travail en orthophonie

Il semble important de les aider dans leur communication en général (verbale et non verbale). L'expression et la compréhension sont à travailler ainsi que le comportement.

Question 7 : les moyens

Certaines orthophonistes utilisent le programme MAKATON.

D'autres préconisent le travail en petits groupes.

Question 8 : rencontre avec les parents

Il est important que les parents s'investissent dans le travail de leur enfant.

Illustration d'un cas clinique :

Petite fille de 4 ans et demi, scolarisée à temps plein avec AVS à temps plein, aînée d'une fratrie de 2.

Diagnostic en cours : attente de rendez-vous au CRA.

Petite fille sans langage avec trouble sévère de la communication. Evitement du regard. Stéréotypies verbales et gestuelles.

Programme MAKATON sans investissement des parents au départ et sans résultats pendant 7-8 mois, une interruption de 4 mois et une reprise du suivi depuis 5 Mois maintenant avec présence « obligatoire » de la maman, qui reprend les gestes à la maison au quotidien.

Actuellement quelques gestes sont utilisés par cette petite fille qui nous « demande » parfois aussi de reproduire certains gestes en particulier ceux des comptines ou des chansons. Aucun intérêt visible pour les pictogrammes pour le moment.

## **Annexe n°17 : transcription des réponses au questionnaire des orthophonistes des Deux-Sèvres (79)**

### Question 1 : définition du TED et différenciation d'avec l'autisme

Les enfants avec des troubles envahissants du développement sont des enfants qui possèdent des capacités de communication mais avec des particularités autistiques. Ils présentent des troubles de la relation et du comportement, envahissant le développement de l'enfant.

Ces enfants sont différents des autistes ; les autistes sont plus dans une « bulle » que les enfants TED. L'autisme est une pathologie bien spécifique, l'enfant se construit ainsi et l'environnement doit alors être adapté, tandis que pour l'enfant TED, on a repéré des « symptômes », « difficultés » ou « troubles », qui s'apparentent à ceux de l'autisme et qui envahissent l'enfant dans son développement ; la population TED semble plus disparate, moins définie.

Ces enfants sont issus d'un milieu familial, affectif, social qui pourrait influencer sur leur pathologie. Les enfants avec un trouble envahissant du développement ont des entrées en relation complexes, avec un réel désir d'aller vers l'autre. Leurs comportements sont parfois inadaptés face à certaines situations (non contrôle des émotions, pas de distance à l'autre...). Ils possèdent de bons repères visuels mais non temporels. Ils peuvent également avoir des rapports sélectifs à la nourriture et des particularités sensorielles. De plus, ils peuvent avoir que peu d'intérêt pour les jeux symboliques, les jeux de construction, ne pas élaborer d'histoires, posséder peu ou pas de langage et avoir un bon contact oculaire.

### Question 2 : nombre d'enfants avec un TED non spécifié

Les enfants TED non spécifiés, pris en charge individuellement, sont au nombre de 3 sur la totalité des TED (environ 15) présents en pédopsychiatrie. En SESSAD, ces enfants représentent 90% des enfants aidés.

L'orthophoniste de l'IME prend 2 TED non spécifiés en séances individuelles et un « autiste sévère ».

Question 3 : par qui ces enfants sont-ils adressés ?

Ces enfants sont adressés par les pédopsychiatres.

Les enfants peuvent également être adressés par l'école, l'hôpital de jour, le SESSAD ou le CAMPS.

Question 4 : le diagnostic

Les orthophonistes ne posent pas de diagnostic donc ne sont pas concernés par cette question.

Question 5 : la prise en charge

La prise en charge préconisée est individuelle, en lien avec la famille par exemple, ou en groupe comme lors d'atelier « éveil scolaire » ou « repas PECS ».

Question 6 : les axes de travail en orthophonie

Les axes prioritaires de travail sont les échanges non-verbaux, les échanges verbaux, la compréhension, le lien avec les parents et l'aide à la communication au quotidien.

La mise en place des pré-requis au langage, des règles de la communication : regard, écoute, attention conjointe, tour de rôle. La relation fait également partie du travail avec ces enfants.

Le langage est spécifiquement travaillé dans son aspect fonctionnel et non son aspect formel.

La prise en charge orthophonique peut également permettre de travailler sur le schéma corporel, sur l'entrée dans les apprentissages et passer par des temps de travail sensorimoteur.

Question 7 : les moyens

Les moyens qui peuvent être utilisés sont les Thérapies d'Echange et de Développement, les pictogrammes, les ateliers sensoriels, les images, les histoires, le chant, la musique...

D'autres orthophonistes préconisent le matériel de Marc Montfort, les situations de groupe, les cahiers de communication, les jeux de faire semblant en relation.

De plus, le PECS et l'aide au langage par les signes, issue de la LSF, peuvent être utilisés. Pour cela, des formations en interne avec toute l'équipe ont lieu.

Question 8 : la rencontre avec les parents

Le service de pédopsychiatrie ne permet pas des rencontres régulières orthophonistes-parents ; les rencontres se font généralement à la demande des parents. L'orthophoniste travaillant au SESSAD utilise avec les parents les entretiens et le fait que les parents participent aux séances.

À l'IME, des rencontres régulières avec les parents, le psychiatre, le psychologue, l'orthophoniste, les éducateurs et les enseignants ont lieu. L'IME peut également former les parents au PECS.

# **A la rencontre des enfants avec un trouble envahissant du développement non spécifié. Quelles sont les caractéristiques de ce trouble ? Quelle(s) évaluation(s) proposer ?**

Emilie ALBERT, Pauline JEANSON

1 volume : 169 pages

Discipline : Orthophonie

## **Résumé :**

Dans un premier temps, après un rapide historique de l'autisme, une étude des classifications des troubles envahissants du développement et un rappel du développement de la communication verbale et non verbale chez l'enfant tout-venant, nous avons exposé les troubles de la communication chez l'enfant autiste, pathologie qui nous sert de référence. Les structures accueillant les enfants avec un TED non spécifié ont également été présentées. Dans un second temps, après avoir présenté les enfants rencontrés et étudié leurs dossiers, nous avons effectué une évaluation de la communication chez ces enfants et exploité leurs résultats afin de faire ressortir des spécificités par rapport aux enfants autistes. Nous avons observé que ces enfants possèdent de bonnes capacités d'attention conjointe, d'interactions sociales et de langage compréhensif, capacités absentes chez les enfants autistes. Néanmoins, les enfants évalués montrent des difficultés dans les domaines de la régulation du comportement, de l'imitation et des expressions émotionnelles ce qui les rapprochent des enfants autistes. Des questionnaires soumis aux professionnels, pédopsychiatres et orthophonistes, révèlent un diagnostic peu clair, allant de l'autisme à un trouble envahissant du développement, mais n'étant pas posé comme un TED non spécifié. La prise en charge orthophonique est basée sur la communication verbale et non verbale pouvant passer par des moyens augmentatifs voire alternatifs. Celle-ci n'apparaît alors pas totalement différente de celle des enfants autistes.

## **Mots-clés :**

Communication, évaluation, prise en charge orthophonique, classifications, troubles envahissants du développement, autisme

## **Abstract :**

First of all, after a brief history about autism, a classification study of pervasive developmental disorder (PDD) and a reminder on verbal and non-verbal communication development related to common child, we discussed about communication disorders of the autistic child, our reference pathology. Institutions taking care of PDD not otherwise specified children were also presented. Then, after presenting the children met and studying their folders, we carried out an evaluation of the communication of these children and analysed their results in order to highlight some particularities in comparison with autistic children. We have observed that these children have good abilities of joint attention, social interactions, and comprehensive language, which are absent for autistic children. Nevertheless, evaluated children show difficulties in domains such as behavior regulation, imitation, and emotional expressions which make them close to autistic children. Some questionnaires submitted to professionals, child psychiatrists, and speech therapists, give a confused diagnostic, from autism to PDD, but without revealing a PDD not otherwise specified. The speech therapy is based on verbal and non-verbal communication using augmentative and alternative means. The therapy appears to be close to the autistic children one.

## **Keywords :**

Communication, evaluation, speech therapy, classification, pervasive developmental disorder, autism

MEMOIRE dirigé par : **LORENDEAU Anne**, orthophoniste, ITEP de Croix (59)