

RÉSUMÉ

Pendant trop longtemps, les orthophonistes n'intervenaient que très peu dans la prise en charge des enfants autistes.

Pourtant à partir des recherches récentes et de l'expérience sur le terrain, commencent à se forger des outils d'évaluation et des moyens de rééducation orthophoniques.

Ainsi, le rôle de l'orthophoniste, de nos jours, se justifie pleinement dans les prises en charge globales individualisées.

MOTS-CLÉ

Evaluation - Communication - Autisme - Prise en charge - Orthophoniste

N. DENNI-KRICHEL
Ch. ANGELMANN
Orthophonistes
Hôpitaux Universitaires
de Strasbourg
Service psychothérapeutique
pour enfants et adolescents
15, rue Lucas Ganzel
67200 STRASBOURG
Tél. 03 88 11 59 14

APPORT DE L'ORTHOPHONIE DANS LA PRISE EN CHARGE DE L'ENFANT AUTISTE

Nicole DENNI-KRICHEL - Christiane ANGELMANN

SUMMARY : *Speech therapy with autistic children*

For too long speech therapists only played a small part in looking after autistic children. However, recent research has helped speech therapists to design assessment protocols and means of rehabilitating speech.

Nowadays speech therapists do have a full role to play in the care of each autistic child.

KEY WORDS

Assessment - Communication - Autism - Care - Speech therapist

INTRODUCTION

"Je commençais à réaliser que les gens se servaient du langage pour communiquer entre eux, mais je ne savais pas comment ils s'y prenaient... Je n'avais toujours pas compris comment les gens faisaient pour parler entre eux. J'avais l'impression... que j'étais un extraterrestre. Je n'étais pas davantage capable de communiquer avec les humains qu'une créature venue d'une autre planète"*.

* BARON, J. et BARON, S.

L'autisme est un trouble envahissant du développement défini ainsi :

"Développement nettement anormal ou déficient de l'interaction sociale et de la communication, et répertoire considérablement restreint d'activités ou d'intérêts. Les manifestations du trouble varient largement selon le stade de développement et l'âge chronologique"*.

* DSM IV - 96

* voir article p. 42 dans ce numéro

Le rapport ANDEM sur l'Autisme de novembre 1994* souligne l'intérêt et l'efficacité des rééducations individuelles en orthophonie et en psychomotricité.

Ainsi, il apparaît depuis peu que l'orthophoniste a son rôle à jouer auprès des enfants autistes en tant que thérapeute du langage et de la communication.

Comme pour toutes les prises en charge orthophoniques, il s'agira pour l'orthophoniste d'évaluer au mieux l'importance des troubles de la communication, afin de participer dans un premier temps au diagnostic, puis d'élaborer un projet de travail individualisé pour chaque enfant. Ceci en partenariat avec les parents et les autres professionnels appelés à s'occuper de l'enfant.

L'enfant autiste est souvent considéré comme un enfant qui ne communique pas.

Les différents travaux d'observation et de recherches les plus récents font émettre l'hypothèse que les enfants autistes seraient plutôt des enfants dont la manière de communiquer est insolite, différente, entravée.

"Pour Sean, le langage était un embrouillamini qu'il lui fallait démêler, afin d'en tirer un schéma de pensée. Il donnait l'impression d'inventer lui-même le langage plutôt que d'apprendre à reproduire ce qu'il entendait depuis des années"*.

* BARON, J. et BARON, S.

Il s'agit donc pour nous, orthophonistes, d'envisager que le comportement des enfants autistes, de même que leur langage, correspond à leur logique de vie propre, issue de leur singulière façon d'appréhender le monde.

"Je me souviens qu'ils (mes parents) m'adressaient des paroles, mais ce n'étaient que des paroles et rien d'autre. Il me semble que je ne savais pas ce qu'elles signifiaient, mais je m'en fichais"*.

* BARON, J. et BARON, S.

"Je n'étais pas capable d'expliquer ce que je ressentais pas des mots... J'ignorais que les mots pouvaient servir à ça. Pour moi, le langage n'était qu'une extension de mes obsessions, un instrument au service de mon goût de la répétition"*.

* CLAIRBORN PARK, C.

* LIVOIR - PERTERSEN, M.F.

TRAVAUX DE M.F. LIVOIR-PETERSEN, MONTPELLIER, A PARTIR DES RECHERCHES DE WETHERBY ET PRUTTING

Dans un but initial de recherches sur la communication chez l'enfant avant l'acquisition du langage verbal, Wetherby et Prutting ont mis au point une liste des fonctions de communication.

En France, M.F. Livoir Petersen a repris les recherches de Wetherby en collaboration avec M.J. Fernandes et F. Seganti, orthophonistes, dans le cadre d'une étude longitudinale plus large menée par le Pr. Aussilloux à l'unité de l'INSERM (Montpellier).

Elle a adapté au français la liste des fonctions de communication de Wetherby et Prutting dont la publication originale date de 1984 et publié une thèse dont nous reprenons ici des éléments.

Selon Wetherby, les comportements non verbaux, aussi bien que le langage verbal, doivent être examinés sur la base de leur usage fonctionnel plutôt que sur celle de leurs caractères structuraux.

Ses recherches sur la comparaison des profils de communication d'enfants "ordinaires" et d'enfants autistes ont été publiées en 1984, 88 et 89.

En 1998, Wetherby écrit à propos des enfants autistes :

- que ceux-ci communiquent principalement ou exclusivement à des fins de gestion du comportement (demander ou protester) ;

- qu'il y a un déficit ou absence d'attention conjointe ;

- qu'ils acquièrent difficilement les moyens conventionnels de communication.

Ils utilisent en effet plus de gestes de type "primaire", moins de gestes conventionnels. Les vocalisations sont moins nombreuses, la structure syllabique de ces productions est sommaire et comporte peu de consonnes.

Pour elle, l'écholalie correspond à une stratégie d'apprentissage.

Par ailleurs, elle confirme un déficit au niveau du jeu symbolique souvent associé à de bonnes capacités pour le jeu constructif (encastres, puzzles).

A partir de la liste de Wetherby, il sera donc prêté aux enfants autistes des intentions et des moyens de communication. Seront alors étudiés les actes de communication à travers leurs effets ainsi que les fonctions et les comportements de communication.

L'acte de communication de l'enfant est considéré comme intentionnel quand il y a :

- persistance du comportement jusqu'à ce que le but soit atteint,

- satisfaction quand le but est atteint,

- ritualisation par abréviation ou exagération du signal utilisé de manière répétitive pour obtenir le même but,

- alternance de la fixation du regard entre le but et le partenaire dans l'interaction.

Austin* et Stern** estiment que la communication intentionnelle existerait entre 9 et 13 mois chez l'enfant normal. Elle se met en place selon "un continuum développemental, à partir de la conscience rudimentaire d'un but vers la reconnaissance d'une personne en tant que partenaire dans la communication et finalement jusqu'à la coordination de comportement pour faire signe à une personne dans la poursuite d'un objectif **".

Cette liste, remplie à partir d'un enregistrement vidéo lors d'une situation de jeu semi-structuré de l'enfant avec un adulte, relève les demandes d'objet, d'action, de routine sociale, de permission, d'information, les protestations, la reconnaissance d'autrui, les comportements pour attirer l'attention, les commentaires pour l'autre, pour soi, les désignations pour soi, les accompagnements vocaux, les réactions émotionnelles, les réactions au contexte ainsi que les vocalisations.

* Communicative, social, affective and symbolic profiles of young children with autism and PDD Wetherby. American Journal of Speech Language Pathology 1998 vol 7 n°2. Traduit et commenté par J. Dupré Savoy Actualité orthophonique 4 - déc.98.

*62 - **85

*Prizant et Wetherby - 86, cités par M.F. Petersen

Cette observation permet de relever les trois grandes fonctions de communication interactives, mises en évidence par Bruner et présentes à 1 an, à savoir :

- les actes de communication à fins de régulation comportementale par lesquels l'enfant régule directement le comportement d'une personne afin de modifier ou obtenir quelque chose dans son environnement (demande d'objet, demande d'action et protestation) ;
- les actes de communication à fins d'interaction sociale par lesquels il attire l'attention de quelqu'un sur lui-même (demande de routine sociale, demande de permission, reconnaissance d'autrui, comportement pour attirer l'attention) ;
- les actes de communication aux fins d'attention conjointe par lesquels il attire l'attention de quelqu'un sur un centre d'intérêt qu'il veut partager avec lui (demande d'information, commentaire pour l'autre).

Elle relève en outre des actes de communication non interactifs :

- des comportements de communication privée de soi à soi, à propos d'un événement (commentaire pour soi, désignation pour soi, accompagnement vocal) ;
- des comportements expressifs, qui ne sont pas des comportements intentionnels bien qu'on puisse penser qu'ils en suggèrent des prémices (réaction émotionnelle, réaction au contexte, vocalisation).

Les comportements de communication, c'est à dire les moyens qui interviennent dans les actes de communication sont étudiés.

On recense plusieurs catégories de comportements de communication :

- les émissions vocales et verbales,
- les regards orientés vers l'adulte,
- les gestes conventionnels non verbaux (hocher la tête, pointer, applaudir...),
- les gestes non-conventionnels non verbaux (repousser, prendre la main...),
- les mimiques et gestuelles émotionnelles
- les comportements émotionnels corporels (sautiller en battant des mains...)

M.J. Fernandes, orthophoniste dans le service du Pr. Aussilloux, a élaboré un bilan pragmatique du langage à partir de la grille de Wetherby et Prutting. Il est à la fois quantitatif et qualitatif.

Il précise :

- les conditions d'examen,
- l'occurrence des actes de communication,
- les comportements de communication recensés,
- les fonctions de communication représentées,
- les occurrences comparées des actes de communication interactifs et non interactifs ainsi que celles des actes de communication interactifs entre eux.

Il reprend les différentes fonctions de communication en donnant des détails cliniques, des remarques et observations concernant les capacités de l'enfant. Il donne des détails précis sur les émissions vocales, les émissions verbales, si elles existent, ainsi que la gestuelle.

TRAVAUX DU CHU BRETONNAUX DE TOURS

Une autre équipe française, celle des docteurs C. Barthelemy, L. Hameury et G. Lelord* de Tours a réalisé une échelle d'évaluation des comportements autistiques à partir de listes de symptômes ou de comportements de Duché, Stork et Tomkiewicz*, auxquels sont appliqués des systèmes de mesure permettant d'en apprécier les divers degrés d'intensité ou de fréquence.

* L'autisme de l'enfant. ESF.

* 1969

¹Lelord et Barthelemy, 1989 ;
Barthelemy *et al.*, 1990
²Adrien, 1988
³Dansart *et al.*, 1988
⁴Garreau *et al.*, 1987
⁵Hameury *et al.*, 1989

L'examen clinique de cette équipe comporte des entretiens répétés avec la famille, des examens attentifs de l'enfant, ainsi que des examens complémentaires tels que ceux de la vision, de l'audition, de la neuromotricité...

Il fait l'objet d'une évaluation du comportement autistique¹, des déficiences cognitives², des troubles du langage³, des signes neurologiques⁴ et des perturbations psychosociales⁵.

L'échelle ECA (2) a pour but de décrire les troubles du comportement ou symptômes. Elle est composée de 25 symptômes et permet d'évaluer de manière quantitative l'état clinique de chaque enfant. Elle est remplie une fois par semaine sur l'avis d'au moins deux personnes qui connaissent bien l'enfant et est avant tout destinée à la surveillance des effets thérapeutiques de la thérapie d'échange et de développement (TED) utilisée au sein de cette équipe.

Cette équipe s'attache à explorer plus de manière sélective les fonctions neurophysiologiques impliquées dans l'autisme.

Tous les travaux menés à Tours amènent à considérer l'autisme comme revêtant une symptomatologie complexe qui touche plusieurs fonctions : l'attention, la perception, l'association, l'intention, le tonus, la motricité, l'imitation, l'émotion, l'instinct, le contact, la communication, la régulation et la cognition.

La rééducation mise en place dans cette structure hospitalière est basée sur l'existence de ces fonctions et sur la présence de capacités, généralement plus importantes que ne le laisse prévoir le comportement de l'enfant.

RÔLE DE L'ORTHOPHONISTE

En tant que professionnel de la communication, l'orthophoniste s'attachera aussi à évaluer les conditions d'accès à celle-ci, à savoir : la motricité globale, le regard, l'orientation au son, l'imitation, le tour de rôle, l'attention conjointe, le jeu, l'expression verbale et non verbale, la compréhension verbale et non verbale.

Cette démarche permettra de définir le cadre de son intervention et d'imaginer des moyens de rééducation à partir des intérêts et des émergences observées chez l'enfant, en partenariat avec les parents et les professionnels qui s'occupent de lui et pourront prolonger les activités proposées dans la vie quotidienne.

Grâce à l'évaluation pratiquée lors du bilan, l'orthophoniste pourra expliquer aux parents ou aux professionnels quelles sont les difficultés de communication de l'enfant et leurs conséquences.

Ayant permis à ceux-ci de prendre conscience de ces problèmes concrets, l'orthophoniste pourra les aider, tout au long de la prise en charge, à adapter leur action éducative.

Pour cela, il les informera sur le développement du langage ainsi que sur l'observation fine qui permettra de fixer des objectifs éducatifs réalistes. Ceci pouvant se faire à partir de grilles de progression dans lesquelles sont répertoriées les étapes d'acquisition dans différents domaines tels que la motricité, le développement sensoriel, la communication, le langage, l'autonomie, la socialisation...*

Quel que soit le niveau de compétence langagière des enfants autistes (50% d'entre eux parlent), ils présentent un trouble majeur de la pragmatique (adaptation des capacités linguistiques au contexte communicatif).

La prise en charge orthophonique se situe dans un cadre global pluridisciplinaire, en partenariat avec les parents. Elle est personnalisée selon une progression des acquisitions, tenant compte des intérêts de l'enfant. Son but est d'obtenir une communication la plus efficace possible avec l'entourage.

La place et le rôle de l'orthophonie dans la prise en charge des troubles graves du développement et de la communication est récente, mais aujourd'hui largement admise.

* DENNI-KRICHEL, N. :
La guidance parentale.
L'orthophoniste n°116, avril 92

Il ne s'agit pas pour l'orthophoniste de se "spécialiser" dans le domaine de l'autisme. Il s'agit pour lui de tirer parti de ses connaissances générales en matière de langage et de communication, de suivre l'évolution des recherches dans cette pathologie et de profiter de ses expériences de thérapeute sur le terrain dans des pathologies aussi diverses que la surdité, la dysphasie, l'aphasie,... afin d'être créatif dans la prise en charge de ce trouble envahissant du développement qu'est l'autisme.

Ce nouveau champ d'intervention nous demande de continuer à forger nos outils d'évaluation et de rééducation afin d'affiner et de rendre encore plus pertinentes nos prises en charge.

BIBLIOGRAPHIE

- BARON J. ET BARON S. - "*Moi l'enfant autiste*". Coll. J'ai lu.
- CLAIRBORN PARK C. "*Histoire d'Elly*". Calmann-Levy
- LIVOIR-PERTERSEN M.F. (1995) - "*Essai comparatif sur l'ontogenèse des syndromes autistiques*". Thèse Montpellier I.
- BARTHELEMY C., HAMEURY L., LELORD G. (1995) - "*L'autisme de l'enfant*". ESF.
- Service de Médecine psychologique pour enfants et adolescents Clinique Peyreplantade - 291, Avenue du Doyen Girard - 34295 MONTPELLIER Cedex 5. Marie-José Fernandes, orthophoniste.
- CHU Bretonneau Service de Psychothérapie pour Enfants - 2, boulevard Tonnellé - 37044 TOURS Cedex. Pascale Dansart, orthophoniste.