

Spécificités du langage chez les enfants ayant un trouble du spectre autistique

3^{èmes} journées de coopération Maroco-Algérienne d'orthophonie et de la recherche scientifique

28/01/2017

INTRODUCTION

- L'autisme est un syndrome comportemental qui altère, dès les premiers mois de la vie, les capacités de l'enfant à interagir avec autrui et à développer les moyens habituels de communication et d'adaptation à l'environnement.
- Le trouble survient 3 à 4 fois plus souvent chez les garçons que chez les filles.
- Ces anomalies sont variables dans leur intensité, elles se classent de légère à sévère.

Du DSM-IV au DSM-V

- L'autisme infantile faisait partie des troubles envahissants du développement dans les classifications internationales: le DSM-IV et la CIM-10.
- Dans le DSM-V, on parle plutôt de trouble du spectre autistique. Le mot « trouble envahissant » est péjoratif et suscite un pessimisme chez les parents et les thérapeutes. Le mot « spectre » ouvre des perspectives d'évolution favorable à l'intérieur du spectre.

DSM-IV et CIM-10

Le trouble envahissant du développement englobe

- Autisme infantile (typique)
- Autisme atypique (dans la CIM-10 seulement)
- Syndrome de Rett
- Trouble désintégratif de l'enfance
- Syndrome d'Asperger:
- Trouble envahissant du développement non spécifié.

DSM-V

Le trouble du spectre autistique :

- Autisme infantile (typique)
- Syndrome d'Asperger
- Trouble envahissant du développement non spécifié.

DEFINITION de la CIM 10

- C'est un trouble envahissant du développement qui se manifeste avant l'âge de 3 ans et se caractérise par des altérations dans chacun des 3 domaines suivants (on parle d'une triade)
 - ❑ Altérations des interactions sociales réciproques,
 - ❑ altérations des modalités de communication,
 - ❑ répertoire d'intérêts et d'activités restreint , stéréotypé et répétitif

- B. Présence d'au moins six des symptômes décrits en (1), (2), et (3), avec au moins deux symptômes du critère (1) et au moins un symptôme de chacun des critères (2) et (3) :

(1) **Altérations qualitatives des interactions sociales réciproques**, manifestes dans au moins deux des domaines suivants :

- (a) absence d'utilisation adéquate des interactions du contact oculaire, de l'expression faciale, de l'attitude corporelle et de la gestualité pour réguler les interactions sociales
- (b) incapacité à développer (de manière correspondante à l'âge mental et bien qu'existent de nombreuses occasions) des relations avec des pairs, impliquant un partage mutuel d'intérêts, d'activités et d'émotions
- (c) manque de réciprocité socio émotionnelle se traduisant par une réponse altérée ou déviante aux émotions d'autrui ; ou manque de modulation du comportement selon le contexte social ou faible intégration des comportements sociaux, émotionnels, et communicatifs
- (d) ne cherche pas spontanément à partager son plaisir, ses intérêts, ou ses succès avec d'autres personnes (par exemple ne cherche pas à montrer, à apporter ou à pointer à autrui des objets qui l'intéressent)

- (2) **Altérations qualitatives de la communication**, manifestes dans au moins un des domaines suivants :
- (a) retard ou absence totale de développement du langage oral (souvent précédé par une absence de babillage communicatif), sans tentative de communiquer par le geste ou la mimique
 - (b) incapacité relative à engager ou à maintenir une conversation comportant un échange réciproque avec d'autres personnes (quel que soit le niveau de langage atteint)
 - (c) usage stéréotypé et répétitif du langage ou utilisation idiosyncrasique de mots ou de phrases
 - (d) absence de jeu de « faire semblant », varié et spontané, ou (dans le jeune âge) absence de jeu d'imitation sociale.

(3) **Caractère restreint, répétitif et stéréotypé** des comportements, des intérêts et des activités, manifeste dans au moins un des domaines suivants :

- (a) préoccupation marquée pour un ou plusieurs centres d'intérêt stéréotypés et restreints, anormaux par leur contenu ou leur focalisation ; ou présence d'un ou de plusieurs intérêts qui sont anormaux par leur intensité ou leur caractère limité, mais non par leur contenu ou leur focalisation
- (b) adhésion apparemment compulsive à des habitudes ou à des rituels spécifiques, non fonctionnels
- (c) maniérismes moteurs stéréotypés et répétitifs, par exemple battements ou torsions des mains ou des doigts, ou mouvements complexes de tout le corps
- (d) préoccupation par certaines parties d'un objet ou par des éléments non fonctionnels de matériels de jeux (par exemple leur odeur, la sensation de leur surface, le bruit ou les vibrations qu'ils produisent)

- Les troubles sont assez stables à l'âge de trois ans pour qu'on puisse poser un diagnostic fiable. Dans la majorité des cas, le diagnostic peut être posé dès deux ans ; avant cet âge, la fiabilité du diagnostic n'est pas garantie ;
- il faudrait cependant qu'il soit plus précoce encore pour permettre une prise en charge adaptée et intensive dès le plus jeune âge.
- Souvent le retard mental accompagne l'autisme. Si le retard n'existe pas, on parle d'autisme de haut niveau.
- Le retard diagnostique est fréquent dans le syndrome d'Asperger car le langage n'est pas trop perturbé.

DEFINITION DU DSM-5

- A) Déficits persistants de la communication sociale et des interactions sociales observés dans de multiples contextes (les exemples sont illustratifs et non exhaustifs):
- Déficits de la réciprocité socio-émotionnelle, allant, par exemple, d'anomalies de l'approche sociale et l'incapacité d'échanger dans une conversation; au partage réduit d'intérêts, d'émotions, ou d'affect; à l'échec d'engager ou de répondre à des interactions sociales.
 - Déficits dans les comportements de communication non verbaux utilisés pour l'interaction sociale, allant, par exemple, de la communication verbale et non verbale mal intégrée; à des anomalies dans le contact visuel et le langage du corps ou des déficits dans la compréhension et l'utilisation de gestes: à un manque total d'expressions faciales et de communication non verbale.
 - Déficits dans le développement, le maintien et la compréhension des relations, allant, par exemple, de difficultés à adapter le comportement en fonction de divers contextes sociaux; à des difficultés à partager les jeux imaginatifs ou à se faire des amis; à l'absence d'intérêt pour les pairs.

B) Modes restreints, répétitifs de comportements, d'intérêts ou d'activités, comme en témoigne au moins deux des éléments suivants, actuellement ou précédemment (les exemples sont illustratifs et non exhaustifs):

- Mouvements moteurs, utilisation d'objets, ou parole stéréotypés ou répétitifs (par exemple, stéréotypies motrices simples, aligner des jouets ou retourner des objets, écholalie, phrases idiosyncrasiques (hors contexte)).
- Insistance sur l'adhésion inflexible à des habitudes ou modes ritualisés de comportement verbaux ou non verbaux (par exemple, une détresse extrême en cas de petits changements, difficultés avec les transitions, modes de pensée rigide, rituels de salutation, besoin de prendre le même itinéraire ou de manger la même nourriture tous les jours).
- Intérêts très restreints et circonscrits qui sont anormaux dans leur intensité ou leur orientation (par exemple, un fort attachement à des objets inhabituels, des intérêts excessivement circonscrits ou poursuivis avec une persévération excessive).
- **Hyper ou hyporéactivité aux stimulations sensorielles intérêt inhabituel pour les aspects sensoriels de l'environnement (par exemple, indifférence apparente à la douleur/température, réaction négative à des sons ou des textures spécifiques, sentir ou toucher excessivement des objets, fascination visuelle pour les lumières ou les mouvement).**

SPECIFICITE DU LANGAGE

- Globalement, le langage est très pauvre; et s'il existe, il ne s'inscrit pas dans un échange d'informations ou de dialogue avec autrui.

COMMUNICATION NON VERBALE

- Les personnes présentant un TSA ont du mal à attribuer des pensées et des sentiments à leurs semblables et à eux-mêmes en particulier lors des expressions faciales: la mimique est pauvre (sentiment de joie, de tristesse, de colère, d'étonnement). Un travail sur la lecture des émotions est nécessaire.
- Ils repèrent mal les aspects sociaux de la communication (distance à respecter vis-à-vis de l'interlocuteur, façon de regarder l'autre: le regard est fuyant, quand parler et quand écouter...).
- L'expression gestuelle est déficitaire ou absente (par exemple, pointage du doigt pour s'exprimer)
- Absence de comportements d'anticipation (par exemple, tendre les bras lorsqu'un parent s'apprête à les prendre)
- une incompréhension des signes conventionnels comme «mettre le doigt devant la bouche» pour indiquer de se taire ou «lever le pouce» pour dire que c'est bien etc.
- lorsqu'ils sont avec les autres, ces enfants sont animés de mouvements stéréotypés, battements, rotation ou balancements d'une partie ou de l'ensemble du corps.

COMMUNICATION VERBALE

- Les compétences langagières peuvent varier entre une absence de langage et un langage pauvre. Dans le syndrome d'Asperger les compétences langagières sont plus ou moins dans la norme.
- des incohérences syntaxiques et logiques et parfois des inversions pronominales (ex : tu ou il à la place de je),
- de l'écholalie (répétition régulière de phrases ou de mots)
- des néologismes (invention de nouveaux mots)
- une utilisation très formelle du langage.

COMMUNICATION VERBALE (suite)

- On observe également souvent une incapacité à traiter une communication verbale au second degré, tels une plaisanterie ou un jeu de mots. Les expressions figurées sont aussi difficiles d'accès sans une explication.
- le fait de participer à des jeux dont les règles sont implicites ne se développent pas spontanément et doivent être explicitées et entraînées. Tous les implicites doivent être explicites de façon concrète.
- La difficulté d'expliquer la détresse est une source de frustration pour l'entourage (cas particulier de la douleur pour le médecin)

CONCLUSION

- Les troubles du langage chez le patient souffrant d'autisme font parties intégrantes de la définition de l'autisme. Un travail sur les compétences langagières est nécessaire pour permettre la socialisation et l'autonomie.
- le diagnostic doit être fait le plus tôt possible pour permettre une prise en charge précoce.
- « le traitement » est multidisciplinaire (pédagogique, orthophonique, psychomoteur, psychologique ...), donc le travail en équipe est nécessaire et la **communication** entre les intervenants est capitale (compte rendu, réunions, voire même le travail dans la même institution).
- Le pronostic n'est pas toujours péjoratif soyons donc **OPTIMISTES.**