

Quel lien entre la communication et l'intensité symptomatique dans le cas de l'autisme ?

What is the link between communication and symptomatic intensity in the case of autism?

TRARI MEDJAOUI Radjaa*¹, Pr. ABDERRAHIM Linda²

¹ Doctorante en Psychologie Clinique, Université de Sidi Bel Abbes, Laboratoire de recherches psychologiques et pédagogiques, Algérie; Email, radjatrari@yahoo.com

² Professeur des Universités en Psychologie, Université de Sidi Bel Abbes, Algérie; Email, abpsy@yahoo.fr

Reçu le 14/12/2021

Accepté le 06/02/2022

Publié le 04/03/2022

Résumé:

Le but de cet article est de mettre l'accent sur l'impact des compétences communicatives sur l'amélioration et la régulation de l'intensité des symptômes du trouble autistique (Troubles de la communication sociale, Comportement restreint et répétitif, sensibilité inhabituelles aux stimuli sensoriels, etc.) et ce chez les enfants souffrant d'autisme.

A travers un échantillon de 13 enfants qui portent le diagnostic de l'autisme selon le DSM-4 et la Cim-10, nous avons évalué le niveau des compétences communicatives au moyen de la « VINELAND.II », et nous avons mesuré l'intensité des symptômes autistiques en utilisant l'échelle de la « CARS.2 »

Notre étude sur terrain a consisté à étudier le lien entre le développement des compétences communicatives et l'intensité symptomatologique dans le cas de l'autisme. Les résultats nous ont mené à conclure que le niveau de développement des capacités communicatives détermine les différences dans la sévérité de l'intensité des symptômes du trouble autistique.

Mots clés: Intensité des symptômes, compétences communicatives, développement, Spectre de l'Autisme.

Abstract:

This article aims to emphasize the impact of communication skills on improving and regulating the intensity of symptoms of autistic disorder (Social

communication disorders, Restricted and repetitive behavior, unusual sensitivity to sensory stimuli, etc.) in children with autism.

Through a sample of 13 children diagnosed with autism according to the DSM-4 and the ICD-10, we assessed the level of communicative skills by means of the "VINELAND.II", and we measured the intensity of autistic symptoms using the "CARS.2" scale.

Our field study consisted of investigating the link between the development of communicative skills and symptomatological intensity in the case of autism. The results led us to conclude that the level of development of communication skills determines the differences in the severity of symptom intensity of autistic disorder.

Keywords: Intensity of symptoms, communication skills, development, Autism spectrum.

★ *Auteur expéditeur*

1. Introduction:

Aujourd'hui on peut estimer que l'autisme constitue un handicap fréquent qui requiert la mise en place d'une politique publique adaptée à la hauteur des enjeux. La prise en charge diagnostique et thérapeutique de ces enfants a connu une progression évidente, notamment ces dernières années avec la création des centres de référence autisme tel que le (CRA). Il apparaît néanmoins encore un retard diagnostique, qui est dû en partie à l'absence de bilan ou à la négligence des professionnels de santé face à l'inquiétude et aux signaux d'alerte transmis par les parents. Les troubles du spectre de l'autisme (TSA) sont d'origine neuro-développementale affectant les interactions sociales réciproques, la communication et entraînant des comportements à caractère restreint, répétitif et stéréotypé. Le nombre et le type de symptômes, le degré de gravité de ces derniers, l'âge de leur apparition et le niveau de fonctionnement varient d'une personne à l'autre mais les difficultés de comportement, de communication et d'interactions sociales sont les manifestations communes aux TSA.

L'enfant dans les premières années de sa vie rencontre régulièrement le médecin, notamment aux bilans obligatoires des 4e, 9e et 24e mois. Les indices du développement de ces examens concernent surtout des éléments psychomoteurs « standards » comme la marche, le langage et pas assez les comportements de socialisation et communication. Or, le médecin doit être sensibilisé très tôt aux aspects du développement du contact, de la communication, des émotions chez le jeune enfant qu'à 2 ans, d'éventuelles anomalies soient dépistées. Dans une étude visant à évaluer la dernière version du carnet de santé, 53% des médecins interrogés (médecins généralistes, médecins de PMI, pédiatres libéraux et hospitaliers) déclarent utiliser les items portant sur les troubles de la communication chez l'enfant, et 9% ont estimé qu'il manque des éléments concernant l'attention conjointe, la qualité du regard et le jeu symbolique. (DUNAND Aude, 2016, p. 19)

Cependant, l'autisme est encore mal et trop tardivement diagnostiqué et les interventions demeurent quantitativement et qualitativement peu

adaptées. L'âge moyen de l'enfant lors de la première consultation spécialisée est de 32 mois, alors que les premières inquiétudes parentales apparaissent entre 15 et 18 mois, Il serait judicieux après ce qui a été développé de poser cette question centrale qui fera l'objet de notre intervention, elle s'énonce ainsi :

Est-ce que le niveau de développement des compétences communicatives sociales est en lien significatif avec le degré de la sévérité des symptômes des troubles TSA?

Pour répondre à cette question, nous allons proposer l'hypothèse suivante :

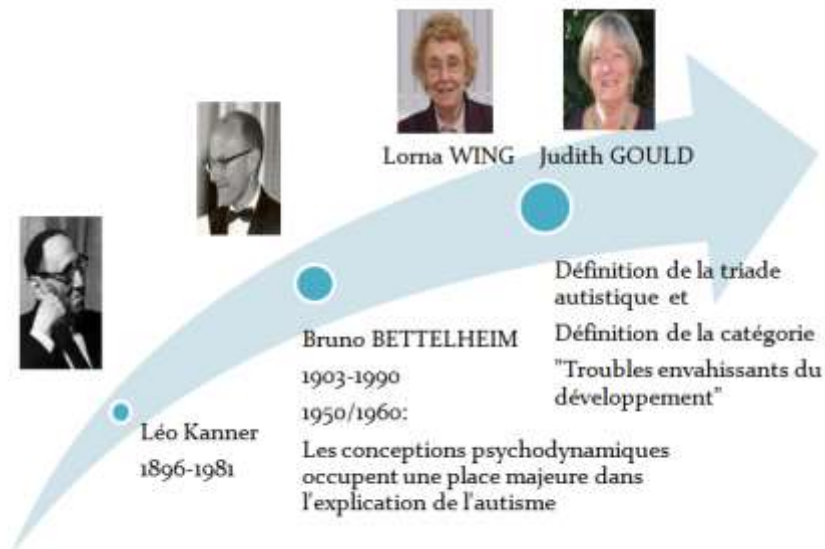
✚ Le niveau de développement des compétences communicatives est en lien significatif avec le degré de sévérité des symptômes des troubles TSA.

2. Cadre Théorique de l'étude

Nous allons présenter quelques définitions des principales composantes de notre recherche.

2.1 Autisme : bref historique, définition et caractéristiques

Figure N° 1. Le développement du concept d'autisme



Source : (Nicoletta LECLERC - Rachel CHARBONNIER, 2015)

Quel lien entre la communication et l'intensité symptomatique dans le cas de l'autisme ?

L'Autisme est un Trouble Neuro-Développemental d'origine biologique qui se manifeste précocement chez l'enfant, Les « troubles du spectre de l'autisme » sont une seule catégorie qui inclut toutes les catégories précédemment répertoriées au DSM-IV-TR sous la dénomination « troubles envahissants du développement ». On parle donc maintenant d'un diagnostic de « troubles du spectre de l'autisme », sans préciser les catégories qu'on y distinguait. Les troubles de l'autisme, le syndrome d'Asperger ou les troubles envahissants du développement non spécifiés sont donc supprimés, L'utilisation du mot « spectre » permet d'intégrer toute la diversité des troubles et de signifier l'évolution possible de personne au sein de ce spectre. On parle aussi de « continuum » du spectre autistique. (Nathalie Garcin, Katherine Moxness, 2013).

Table N°1. Classifications Actuelles

Cim-10	DSM-5
<p>Selon la dernière version de la Classification Internationale des Maladies (CIM-10), publiée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'autisme fait partie du groupe des troubles envahissants du développement (TED), terme commun réunissant un groupe de troubles caractérisés par :</p> <ul style="list-style-type: none">• Des troubles de la réciprocité sociale.• Des troubles du langage et de la communication.• Un répertoire d'intérêts et d'activités restreint et stéréotypé. <p>Les symptômes sont présents dès la petite enfance et limitent le fonctionnement quotidien. Les catégories de TED identifiées dans la CIM-10 sont les suivants : autisme infantile, autisme atypique, syndrome de Rett, autre trouble désintégratif de l'enfance, hyperactivité associée à un retard mental et des mouvements stéréotypés, syndrome d'Asperger, autres TED, et TED sans précision.</p>	<p>Le DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) est un ouvrage de référence publié par la Société américaine de psychiatrie. La dernière version, le DSM-5, publiée en 2013, a remplacé les différents sous-types de la version précédente, similaires à la classification CIM-10, par la catégorie générale : troubles du spectre de l'autisme (TSA).</p> <p>Dans le DSM-5, seules deux catégories de symptômes subsistent :</p> <ul style="list-style-type: none">• Un trouble de la communication sociale.• La présence de comportements restreints et répétitifs. <p>Ces changements sont étayés par de nouvelles études, montrant que les différences sociales et cognitives entre les sous-groupes se définissent mieux en termes de continuum que de sous-types distincts.</p>

Source : Réalisé par les chercheurs à travers le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux DSM ainsi que le Manuel du Cim-10.

2.2 Dépistage et diagnostic des TSA: la situation actuelle

Actuellement il existe un retard dans le dépistage et le diagnostic des TSA.

Une étude publiée dans le Journal of pediatrics en 2015 (Zuckerman, K.E., Lindly, O.J.,Sinche, B.K, 2016, p. 166) a comparé chez les enfants atteints de TSA d'une part, et chez les enfants atteints de retard de développement ou de retard mental d'autre part, trois étapes clés :

- 1- l'âge de l'enfant aux premières inquiétudes parentales.
- 2- l'âge de l'enfant au moment où les premières inquiétudes sont transmises à un professionnel de santé.
- 3- l'âge du diagnostic de TSA (uniquement chez les enfants atteint de TSA).

Les auteurs ont également classé l'attitude des professionnels de santé face aux inquiétudes parentales en deux catégories : la réponse « active », si le professionnel de santé orientait un enfant vers un spécialiste, effectuait des tests complémentaires ou suggérait aux parents d'en parler à l'école ; et la réponse « passive » ou « de réassurance » de type « tout est normal », « c'est trop tôt pour se prononcer » ou « ça va s'améliorer ».

Les facteurs en cause dans ce retard se résument dans Les différents points qui en ressortent (Mallet, D., 2012).

- **La place dans la fratrie** : la position d'ainé ou d'enfant unique semble retarder le diagnostic. En effet, les parents n'ont pas de point comparatif avec un autre enfant lorsqu'il s'agit d'un aîné ou d'un enfant unique.
- **Le mode de garde** : un enfant gardé en crèche ou en collectivité aura plus de chance d'être diagnostiqué précocement qu'un enfant gardé uniquement par sa mère. Cela peut être expliqué par une possibilité de « comparer » son enfant aux autres en collectivité, ainsi que la présence de professionnels de santé sensibilisés dans les structures d'accueil.
- **La présence d'antécédents personnels** (souffrance foetale, épilepsie) semble retarder le diagnostic de TSA. Cette conclusion serait à vérifier

Quel lien entre la communication et l'intensité symptomatique dans le cas de l'autisme ?

sur un plus grand échantillon. Une hypothèse est que les inquiétudes des parents et des professionnels de santé sont plus tournées vers la pathologie ou l'antécédent en question, et que le reste du développement de l'enfant est observé avec moins d'attention.

- **Les antécédents familiaux**, le rapport entre retard diagnostic et dépression du postpartum a été étudié sur un petit nombre de dossiers (8 femmes). Un lien a été mis en évidence, qu'il serait intéressant de vérifier à une plus grande échelle. L'hypothèse est que les mères souffrant de dépression du post-partum sont moins à l'écoute de leur enfant à cause de leur pathologie et donc moins aptes à consulter rapidement en cas de signes précoces de TSA.

2.3 Autisme et communication

Communiquer, ce n'est pas simplement émettre et recevoir un message, cela relève d'une réalité bien plus complexe qui demande de savoir prendre en compte un nombre important d'éléments : le choix des mots, le langage corporel, l'observation des signes non verbaux émis par l'autre, le timing entre les tours de parole, le contenu de la communication pragmatique...

Les enfants autistes présentent des anomalies de la communication verbale ou non verbale, que ce soit au niveau de la compréhension ou de l'expression. S'ils utilisent le langage oral, on observe des particularités sémantiques, de syntaxe et de l'écholalie. Nous parlons d'écholalie lorsque l'enfant répète sans cesse un mot ou une phrase entendue sans forcément en comprendre le sens et parfois sans que le contexte s'y prête. La communication non verbale subit également des altérations : pas de pointage avec le doigt, incompréhension de l'utilisation de l'intonation ou de l'expression faciale, non-reconnaissance des émotions, peu de mimiques, etc.

Les parents remarquent notamment :

- Une absence de babillage et de pointage à partir de 12 mois ;
- Une absence de mots à partir de 18 mois ;
- Une absence d'association de mots à partir de 24 mois.

Les altérations de la communication et des interactions sociales dans le cas de l'autisme se traduisent par des comportements particuliers que nous allons tenter d'expliquer :



Il est à noter qu'environ 50 % des personnes autistes n'ont pas accès au langage parlé, certains enfants autistes accèdent au langage plus tardivement que les enfants ayant un développement normal et d'autres (syndrome d'Asperger) y accèdent parfois plus tôt. Il y a une multitude de profils de personnes autistes concernant la communication et les interactions sociales. Si l'accès au langage diffère selon ces différents profils ou types d'autisme, la communication et les interactions sociales présentent toujours un caractère particulier au regard des personnes non autistes et ce quelque soit le niveau intellectuel de la personne. (Psychomedia, Trouble de la communication sociale : définition, symptômes, diagnostic (DSM-5)).

2.4 Critères diagnostiques du trouble de la communication sociale

Un trouble du spectre de l'autisme, une déficience intellectuelle, un retard de développement global ou un autre trouble mental.

A. Difficultés persistantes dans l'utilisation sociale de la communication verbale et non verbale, manifestées par les indicateurs suivants (Autism Speaks) :

1. Déficits dans l'utilisation de la communication à des fins sociales comme saluer une tierce personne et partager de l'information d'une manière qui est appropriée dans un contexte social.
2. Incapacités dans l'habileté à moduler son style de communication selon le contexte et les besoins de l'interlocuteur. Cela inclut, entre autres,

Quel lien entre la communication et l'intensité symptomatique dans le cas de l'autisme ?

l'habileté à moduler la manière dont la personne parle en classe ou dans la cour de récréation, ou encore la façon de parler à un enfant ou à un adulte. Les ont des difficultés à utiliser la communication dans un but d'interaction sociale (Marie-Andrée et al, 2021, p. 7)

3. Difficultés à suivre les règles de la conversation ou à raconter une histoire. Cela comprend la capacité de tenir une conversation réciproque, de reformuler lorsque la personne a mal compris, et de comprendre comment utiliser les indices verbaux et non verbaux pour gérer les interactions sociales.
4. Difficultés à comprendre ce qui n'est pas explicitement indiqué, comme faire des inférences et utiliser des tournures linguistiques ambiguës (idiomes, humour, métaphores, sens multiples qui dépendent du contexte pour l'interprétation).

B. Les déficits entraînent des limitations fonctionnelles quant à la communication efficace, la participation sociale et les relations sociales, la réussite scolaire ou la performance au travail, individuellement ou en combinaison.

C. Les symptômes apparaissent pendant la période développementale, mais les déficits ne sont pleinement manifestes que lorsque le niveau de communication sociale dépasse les capacités limitées de la personne

D. Les symptômes ne sont pas imputables à une autre condition médicale ou neurologique, ou à de faibles capacités dans les domaines de la structure des mots et de la grammaire. Ils ne sont pas expliqués non plus par un trouble du spectre de l'autisme, une déficience intellectuelle, un retard de développement global ou un autre trouble mental. (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux ("Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders")DSM-5, 2013).

Table N°2. Prévalence de l'autisme dans la population générale

Années 80 -90	Autisme 5/10 000 TED 20/10 000
Années 2000	1/150 (Chakrabarti & Fombonne 2001)
2010	2/100 de la population générale (Russell et al., 2010 et Kim et al., 2011)

Source : (Nicoletta LECLERC et Rachel CHARBONNIER, 2015, p. 21)

2.5 L'impact de la sévérité des symptômes d'autisme sur le développement :

Lors de vos recherches sur l'autisme, vous verrez très certainement encore le terme de « TED ». Jusqu'à il y a peu, les Troubles Envahissants du Développement catégorisaient différents types d'autisme (Asperger, Rett, Landau-Kleffner, TED-NOS, etc.). Cette classification a désormais été remplacée par le Trouble du spectre de l'autisme (TSA). Cette formulation est aujourd'hui privilégiée, car elle démontre la diversité des cas rencontrés. Cette formulation « dimensionnelle » a en effet l'avantage de signifier la grande diversité de l'intensité des manifestations de l'autisme, au niveau cognitif, sensoriel, relationnel et communicationnel, a cet effet le diagnostic précise trois niveaux de sévérité de l'autisme. (Peter Vermeulen, 2013)

Les résultats des études portant sur la relation entre l'intensité des troubles autistique mesurée dans l'enfance et l'évolution ne sont pas consensuels.

Rutter tout comme Totter mettent en évidence un lien significatif entre le nombre de symptômes présents pendant l'enfance et l'évolution à l'âge adulte. Les enfants autistes ayant une forte intensité symptomatique conservent à l'âge adulte la même intensité de perturbation et évoluent donc vers un handicap sévère, selon ces auteurs, une faible intensité autistique dans l'enfance est au même titre que l'absence de retard mental, l'acquisition d'un langage est un indice de bon pronostic.

La sévérité du tableau clinique initial, ainsi que le peu de modifications dans les premiers mois de la prise en charge sont corrélés à un devenir médiocre. Il s'agit là de constatation fréquentes de cliniciens,

Quel lien entre la communication et l'intensité symptomatique dans le cas de l'autisme ?

difficilement comparables d'une équipe à l'autre et qui sont contredites, dans des cas relativement nombreux.

(Eaves, L. C., & Ho, H. H., 2008), montrent que la symptomatologie est un facteur prédictif de l'évolution du niveau cognitif. Ainsi, chez les enfants avec un score à la CARS élevé, on observe un gain moins important au niveau verbal et cognitif que chez les enfants ayant un score plus faible.

A travers l'étude de (Lai, M.-C., Szatmari, P., 2020), les résultats ont montré que les jeunes filles ayant reçu le diagnostic ont un meilleur développement cognitif, une intensité d'autisme moindre et elles présentent une réduction des symptômes au fil du temps.

En revanche, d'autres auteurs ne retrouvent aucun lien entre le nombre total de symptômes et l'évolution, c'est ainsi que Szatmari et Bartoloci, observent chez les enfants autistes que leur intensité symptomatique prédit peu leur évolution ultérieure.

Enfin Sutera, s'intéresse aux facteurs pronostiques de l'évolution de l'autisme et conclut que la sévérité du tableau à la CARS et le nombre de critères du DSM remplis sont de faibles facteurs prédictifs de l'évolution.

Ainsi, les études concernant l'intensité symptomatique comme facteur prédictif de l'évolution sont d'une part peu nombreuses et d'autre part offrent des résultats constatés.

Pour certains, l'intensité du trouble prédit peu l'évolution, alors que pour d'autre un trouble initialement sévère va persister.

2.6 Les niveaux de sévérité du trouble autistique

Niveau 1 : Nécessite un soutien

Communication sociale: Sans soutien en place, déficits au niveau de la communication sociale provoquant des déficiences notables. Difficulté à initier des interactions sociales, exemples clairs de réponse atypique ou échec aux ouvertures sociales des autres. Semblance d'un intérêt diminué pour les interactions sociales.

Comportements répétitifs et restreints: Inflexibilité du comportement, interférence significative avec le fonctionnement dans un

ou plusieurs contextes. Difficulté de commutation entre les activités. Problèmes d'organisation et de planification entravant l'indépendance.

Niveau 2 : Nécessite un soutien important

Communication sociale: Déficits marqués au niveau des compétences de communication sociale verbales et non verbales. Atteintes sociales apparentes, même avec supports en place. Initiation limitée des interactions sociales, avec réponses réduites ou anormales aux ouvertures sociales des autres.

Comportements répétitifs et restreints: Inflexibilité du comportement, difficultés à s'adapter au changement. D'autres comportements restreints / répétitifs assez fréquents pour être évidents à l'observateur occasionnel et interférer avec le fonctionnement dans plusieurs contextes. Mise au point ou l'action détresse et / ou des difficultés à changer.

Niveau 3 : nécessite un soutien très important

Communication sociale: De graves déficits au niveau des compétences de communication sociale verbale et non verbale, provoquant des déficiences graves dans le fonctionnement. Initiation très limitée des interactions sociales et une réponse minimale aux avances sociales des autres.

Comportements répétitifs et restreints: Manque de souplesse des comportements, difficulté extrême à faire face au changement ou d'autres comportements restreints / répétitifs interférant nettement avec le fonctionnement dans tous les domaines et grande détresse / difficulté à changer d'orientation ou d'action (Olga Bogdashina, 2016).

3. Cadre pratique de l'étude

L'étude a été réalisée au sein du centre d'Autisme, Mansourah, Tlemcen, sur un échantillon de 13 enfants, leur moyenne d'âge est de 30 mois, qui représentent le trouble autistiques et diagnostiqués selon les critères de DSM-4 et la CIM-10 et évalués au moyen de la CARS, L'ADI-R et l'ADOS.

3.1. Méthodologie

Dans ce travail de recherche nous avons utilisé la méthode clinique, cette méthode concerne le sujet clinique dont la base est l'enfant. En psychologie cette méthode est une démarche pratique et théorique En ce sens elle s'oppose à la méthode expérimentale, plus précisément, l'étude de cas comme méthode de recherche est appropriée pour la description, l'explication, prédiction et le contrôle de processus inhérents à divers phénomènes, individuels ou collectifs. Dont l'objectif est de donner un sens à l'ensemble des éléments cliniques recueillis, servant à donner des explications.

A cet effet, nous nous sommes basés sur l'évaluation des compétences des enfants de notre échantillon avec l'échelle de la Vineland (avant-après) pour obtenir le niveau développemental de la communication sociale, et l'échelle de la CARS pour mesurer l'intensité des symptômes.

3.2. Outils de l'étude

Nous allons utiliser deux outils, à savoir, la Vineland-II pour l'évaluation du domaine de communication et la CARS-2 pour l'évaluation et le diagnostic afin de bien définir le degré d'autisme des enfants de notre échantillon.

A. La Vineland-II

La Vineland-II explore 3 domaines majeurs : la Communication, les Compétences en vie quotidienne et la Socialisation. Pour les enfants de moins de 7 ans, un quatrième domaine, explorant la Motricité, permet de compléter l'évaluation. Pour les **enfants**, évaluer le niveau global d'autonomie et les capacités d'adaptation permet de contribuer au

diagnostic et d'apporter des informations pour la mise en place de programmes éducatifs et de remédiation.

Pour les **adultes** présentant des troubles cognitifs, la Vineland-II aide le clinicien à déterminer les priorités des axes de rééducation et de compensation du handicap au quotidien.

Concernant les **personnes âgées**, son utilisation peut aider à penser l'aménagement de l'environnement pour un maintien à domicile et permet de mieux les accompagner en cas de placement en institution.

Quel que soit l'environnement - éducation, services sociaux, secteur de la santé, justice pénale, etc. – la Vineland-II s'avère être un outil précieux. (Sarra s et al, 2015).

B. La CARS-2

L'échelle d'évaluation et de diagnostic de l'autisme infantile (CARS) est une échelle incluant 15 items Comportementaux. Elle a été élaborée pour identifier les enfants autistiques et pour les distinguer d'enfants porteurs d'autres troubles du développement sans syndrome autistique associé. De plus, elle permet de distinguer les enfants dont les signes d'autisme sont de discrets à moyen des enfants dont l'autisme est sévère. La première version a été construite il y a plus de 15 ans (REICHLER et SCHOPLER, 1971) pour permettre aux cliniciens d'établir un diagnostic plus objectif de l'autisme et dans une forme plus facilement utilisable. Les 15 items du CARS réunissent :

1. les traits décrits initialement par KANNER,
2. d'autres caractéristiques notées par CREAK, qui sont retrouvées chez beaucoup d'enfants autistiques mais pas chez tous,
3. des éléments additionnels utiles pour le repérage des symptômes caractéristiques des enfants autistiques plus jeunes. (Eric SCHOPLER et al (Traduction et adaptation française: Bernadette Rogé))

Quel lien entre la communication et l'intensité symptomatique dans le cas de l'autisme ?

3.3. Résultats

Nous allons présenter le principal résultat tout en se basant sur les scores des deux variables.

Table N°3. Coefficient de corrélation entre la communication et l'intensité d'autisme

		Communication	Intensité
Comm	Corrélation de Pearson	1	,124
	Sig. (bilatérale)		,687
	N	13	13
Intensité	Corrélation de Pearson	,124	1
	Sig. (bilatérale)	,687	
	N	13	13

Source : Réalisé par les chercheurs à travers SPSS

3.4. Analyse et discussions

Le traitement de nos résultats est réalisé à l'aide du logiciel « SPSS », nous avons utilisé le « coefficient de corrélation – r Pearson » pour la détermination de la relation afin de spécifier le lien d'influence entre les capacités communicatives et la sévérité symptomatique du trouble autistique.

Les résultats ont montré qu'il ya une relation de corrélation entre le niveau de développement de la communication par un lien positif fort, ($r : 0.687$) et la sévérité symptomatique du trouble autistique.

Les scores moyens les plus élevés de l'intensité symptomatique sont chez les enfants autistes ayant un niveau de développement de la communication médiocre, ces résultats nous permettent de retenir que Les enfants autistes plus performants aux compétences de la communication représentent un degré d'intensité symptomatique moins élevé.

Nos résultats statistiques ont révélé la présence de la relation de corrélation entre les performances communicatives des enfants autistes et

l'intensité symptomatique de leurs troubles TSA, c'est-à-dire le niveau de développement de la communication influence le degré de la sévérité, ce qui approuve notre hypothèse.

D'un point de vue descriptif, les enfants autistes non communicant représentent des symptômes d'un degré sévère du trouble autistique, ceci résulte d'un retard de développement dans Les compétences communicatives (attention conjointe, pointée, imitation, pratique de conversation).

Ces résultats approuvent et décrivent plus finement l'impact de cette variable « compétences communicatives » et montrent qu'il ya une différence aux degrés d'intensité symptomatique chez les enfants autistes, ce qui va dans le sens de notre hypothèse et confirme les résultats de la littérature.

On constate que le déficit des enfants de notre échantillon âgés de 3 à 8 ans dans la réussite aux pratique de conversation de la compréhension, l'imitation, demande en utilisant le pointé se réfère au retard du développement de la communication verbale et non verbale chez les enfants autistes, et les scores moyens d'intensité les plus élevés des enfants autistes sont au domaines de la communication verbale et non verbale, l'imitation, relations sociales est expliqué par le fait que ces enfants autistes à cet âge n'ont pas pu acquièrent les performances nécessaires. Ce constat nous permet de démontrer l'impact de l'absence ou le retard d'acquisition des compétences communicatives sur les degrés d'intensité du trouble chez les enfants qui représentent le trouble autistique.

Mais il nous a semblé nécessaire, au vue de pauvreté des précédents études de la littérature qui traitent l'intensité de ne pas seulement statuer sur cette variable « le développement des compétences communicatives » chez les enfants autistes, afin d'analyser plus finement les résultats, d'autres variables semblaient plus pertinentes : le niveau de développement intellectuel, la prise en charge

Pour démontrer l'influence du facteur développemental qui est le niveau verbal des enfants autistes sur leur intensité, nous constatons que les enfants autistes qui ont acquis un lexique (registre de mots) et qui peuvent

Quel lien entre la communication et l'intensité symptomatique dans le cas de l'autisme ?

avoir une certaine syntaxe (disposition de ces mots dans une phrase), ont pu avoir de meilleurs scores aux évaluations de leurs symptômes, ceci démontre que la capacité verbale est associée à l'augmentation des scores de l'intensité.

D'ailleurs l'exemple des sujet Asperger (autistes de haut niveau) peut être un bon exemple à prendre pour expliquer le lien du facteur développemental « Niveau verbal », car les sujets asperger qui parmi leur critères diagnostiques propres ont un bon niveau de développement verbal leur permet d'avoir une bonne capacité de communiquer à autrui selon une modalité verbale, et ceux sont a un degré de sévérité symptomatique bas.

Ce qui confirme le lien entre l'accès aux compétences de la communication et l'intensité symptomatique.

Ce constat nous permet de conclure que le niveau de développement de la communication peut diminuer l'intensité sévère de l'autisme et donner la chance à l'enfant autiste à acquérir d'autres capacités dans différents domaines du développement : cognitif, émotionnel, social, etc.

4. Conclusion

Les jeunes enfants autistes semblait présenter certains déficits d'imitation, de perception et de communication comme le montre nos résultats. Ces altérations seraient à mettre en lien avec un mode de traitement spécifique de l'information dès le début du développement ce qui résulte la grande sévérité des symptômes.

À travers notre étude on vise contribuer au développement des connaissances sur les interventions visant l'amélioration de la communication et des relations interpersonnelles auprès des personnes présentant un TSA. Plus spécifiquement, elle permet d'identifier les facteurs influençant l'augmentation de la sévérité symptomatique aussi enrichir les pratiques actuelles de soutien au développement des habiletés communicationnelles, relationnelles et sociales, pour favoriser la participation sociale de ces personnes. En effet, il est difficile d'émettre des recommandations pour les pratiques cliniques à la lumière des niveaux de preuve et de la qualité des études retenues, même si certains aspects sont

prometteurs. Puisque la communication et les relations interpersonnelles sont parmi les sphères les plus atteintes chez ces personnes, agir sur ces deux plans, d'ailleurs inter-reliés, devient une nécessité. (Dumont, Michallet, Jomphe-Ferland, McIntyre et Couture, 2017). Des interventions sur le plan de la communication et des habiletés sociales encouragent ces réalisations. Le TSA demande des actions concertées des intervenants, mais aussi des milieux communautaires, des familles et des employeurs.

5. Liste Bibliographique:

Olga Bogdashina. (2016). *Sensory perceptual issues in autism and Asperger syndrome*, . Jessica Kingsley Publisher.

Zuckerman, K.E., Lindly, O.J.,Sinche, B.K. (2016). Parental Concerns, Provider Response, and Timeliness of. *The Journal of Pediatrics*.

(2013, mai). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux ("Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders")DSM-5* . l'American Psychiatric Association .

Autism Speaks. (n.d.). *DSM-5 Diagnostic Criteria* <<https://www.autismspeaks.org/what-autism/diagnosis/dsm-5-diagnostic-criteria>> .

DUNAND Aude. (2016). *Évaluation du CHAT (Checklist for Autism in Toddlers) comme outil de dépistage précoce des troubles du spectre de l'autisme en soins primaires chez des nourrissons entre 18 et 24 mois* . UNIVERSITÉ PARIS DIDEROT - PARIS 7.

Eaves, L. C., & Ho, H. H. (2008). Young adult outcome of autism spectrum disorders. *8 (112)* , 607-612. *Journal of Autism Dev Disord*.

Eric SCHOPLER et al (Traduction et adaptation française: Bernadette Rogé). (n.d.). *ECHELLE D'EVALUATION DE L'AUTISME INFANTILE EEAI (Childhood Autism Rating Scale : C.A.R.S.)* . CHU RANGUEIL -31054 TOULOUSE CEDEX.

Lai, M.-C., Szatmari, P. (2020). Sex and gender impacts on the behavioural presentation and recognition of autism. *33 (2)* , 117-123. *Current Opinion in Psychiatry*.

Mallet, D. (2012). *Les facteurs de retard diagnostic dans les troubles envahissants du développement* . Poitiers : Université de Poitiers.

Quel lien entre la communication et l'intensité symptomatique dans le cas de l'autisme ?

Marie-Andrée et al. (2021). L'EFFET DE LA PRÉSENCE ET DE L'ABSENCE DE FRATRIE SUR LE NIVEAU D'ADAPTATION SOCIALE DES ENFANTS PRÉSENTANT UN TROUBLE DU SPECTRE DE L'AUTISME. *33 (1)* , 5-22. Médecine & Hygiène.

Nathalie Garcin, Katherine Moxness. (2013). *L'impact de la nouvelle définition des Troubles du Spectre de l'autisme du DSM-5* . Centre de réadaptation de l'ouest de Montréal.

Nicoletta LECLERC et Rachel CHARBONNIER. (2015). L'autisme Cycle de conférences. Louhans.

Peter Vermeulen. (2013). *Comprendre les personnes autistes de haut niveau* . Dunod.

Psychomedia, Trouble de la communication sociale : définition, symptômes, diagnostic (DSM-5) . (n.d.). <<http://www.psychomedia.qc.ca/dsm-5/2014-01-29/criteres-diagnostiques-trouble-de-la-communication-sociale>> .

Sarra s et al. (2015, juin). *Echelle de comportement adaptatif la vineland seconde edition* . ECPA.