



# Impact d'un groupe thérapeutique sur la pragmatique du langage de personnes avec autisme sans déficience intellectuelle

Marine Dachicourt

## ► To cite this version:

Marine Dachicourt. Impact d'un groupe thérapeutique sur la pragmatique du langage de personnes avec autisme sans déficience intellectuelle. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-01826555

**HAL Id: dumas-01826555**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01826555>**

Submitted on 29 Jun 2018

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

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

MÉMOIRE DE RECHERCHE présenté pour l'obtention du  
**CERTIFICAT DE CAPACITE D'ORTHOPHONISTE  
ET DU GRADE DE MASTER 2 D'ORTHOPHONIE**

Présenté et soutenu le 21 juin 2018 par

**DACHICOURT Marine**

Née le 1<sup>er</sup> septembre 1993 à Châtenay-Malabry

**IMPACT D'UN GROUPE  
THERAPEUTIQUE SUR LA  
PRAGMATIQUE DU LANGAGE  
DE PERSONNES AVEC AUTISME SANS  
DEFICIENCE INTELLECTUELLE**

Directrice de Mémoire : **RENAUDO Nadine,**

Orthophoniste

Co-directrice de Mémoire : **CAROLLE Agnès,**

Orthophoniste

Nice

**2018**

---

**Université de Nice Sophia Antipolis - Faculté de Médecine - Département  
d'orthophonie**

**MÉMOIRE DE RECHERCHE pour l'obtention du  
CERTIFICAT DE CAPACITE D'ORTHOPHONISTE  
ET DU GRADE MASTER 2 D'ORTHOPHONIE**

Présenté et soutenu le 21 juin 2018 par

**DACHICOURT Marine**

Née le 1<sup>er</sup> septembre 1993 à Châtenay-Malabry

**IMPACT D'UN GROUPE  
THERAPEUTIQUE SUR LA  
PRAGMATIQUE DU LANGAGE  
DE PERSONNES AVEC AUTISME SANS  
DEFICIENCE INTELLECTUELLE**

Directrice de Mémoire : **RENAUDO Nadine,**

Orthophoniste

Co-directrice de Mémoire : **CAROLLE Agnès,**

Orthophoniste

Nice

**2018**



## REMERCIEMENTS

---

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont contribué à l'élaboration de ce mémoire de fin d'études.

Nadine Renaudo, orthophoniste et directrice de ce mémoire, pour son regard bienveillant, sa disponibilité, sa confiance, ses conseils avisés et ses encouragements précieux tout au long de ce projet.

Agnès Carouille, orthophoniste et co-directrice de ce mémoire, pour son investissement, son soutien, ses relectures attentives et ses conseils délicats qui m'ont permis d'avancer sereinement.

L'équipe du CRA de Nice pour son accueil et la transmission de ses connaissances. Je remercie particulièrement Prescillia Pierron, neuropsychologue, et Colette Buquet, assistante sociale, pour leurs partages d'expériences.

Les participants de ce groupe, R., J., C. et O., pour les moments qu'ils m'ont permis de partager à leurs côtés. Je remercie également leurs parents pour leur confiance.

L'ensemble de ma famille pour son soutien durant ces études. Un immense merci à mes parents qui m'ont toujours encouragée et sans qui je n'aurais pu exercer ce beau métier.

Fiona, ma sœur, pour son soutien infaillible et son écoute face à mes peurs et mes doutes durant ces cinq années. Notre gémellité est ma plus grande force.

Maël, pour son amour inconditionnel et son soutien malgré la distance. Je le remercie de toujours croire en moi et de s'être autant investi dans mes études.

Enfin, mes amies niçoises pour tout ce que l'on a vécu ensemble. Elles ont rendu ces études exceptionnelles et inoubliables. Je leur souhaite à toutes une belle carrière. Un merci particulier à Marine, mon binôme, pour son éternel soutien.

# SOMMAIRE

|                                                                                                                 |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Remerciements .....                                                                                             | 3  |
| Sommaire.....                                                                                                   | 4  |
| Introduction .....                                                                                              | 6  |
| <b><u>PARTIE THEORIQUE</u></b> .....                                                                            | 7  |
| Partie 1 : LES TROUBLES DU SPECTRE AUTISTIQUE .....                                                             | 7  |
| I.    Données générales sur l'autisme.....                                                                      | 8  |
| 1.    Définition et manifestations cliniques.....                                                               | 8  |
| 2.    Données épidémiologiques et étiologiques .....                                                            | 10 |
| II.   Diagnostic et prise en charge de l'autisme .....                                                          | 12 |
| 1.    La pose du diagnostic .....                                                                               | 12 |
| 2.    Interventions et prises en charge de l'autisme .....                                                      | 14 |
| Partie 2 : COMPETENCES FORMELLES ET PRAGMATIQUES DES ADULTES<br>AVEC TSA-SDI .....                              | 16 |
| I.    Les compétences langagières des adultes avec TSA-SDI.....                                                 | 17 |
| 1.    Langage formel réceptif .....                                                                             | 17 |
| 2.    Langage formel expressif .....                                                                            | 17 |
| II.   La pragmatique chez les adultes avec TSA-SDI.....                                                         | 19 |
| 1.    Versant réceptif .....                                                                                    | 20 |
| 2.    Versant expressif .....                                                                                   | 21 |
| Partie 3 : INTERACTIONS SOCIALES, PRISE EN CHARGE ET INSERTION<br>PROFESSIONNELLE DES ADULTES AVEC TSA-SDI..... | 24 |
| I.    Les interactions sociales .....                                                                           | 25 |
| 1.    Un fonctionnement cognitif particulier .....                                                              | 25 |
| 2.    Gestion des situations sociales .....                                                                     | 26 |
| II.   La prise en charge des adultes avec TSA-SDI .....                                                         | 28 |
| 1.    Principes généraux de la prise en charge.....                                                             | 28 |
| 2.    Remédiation des troubles pragmatiques et groupes d'habiletés sociales .....                               | 29 |
| III.  Insertion professionnelle et inclusion sociale .....                                                      | 30 |
| 1.    Etat des lieux et recommandations.....                                                                    | 30 |
| 2.    Aides et structures favorisant l'intégration professionnelle .....                                        | 31 |

|                                    |     |
|------------------------------------|-----|
| <b>PARTIE PRATIQUE</b> .....       | 33  |
| I. Problématique et objectifs..... | 34  |
| II. Matériel et méthode .....      | 34  |
| 1. Population de l'étude.....      | 34  |
| 2. Matériel .....                  | 355 |
| 3. Méthode.....                    | 39  |
| III. Résultats.....                | 42  |
| IV. Discussion.....                | 59  |
| Conclusion.....                    | 64  |
| Bibliographie .....                | 65  |
| Annexe.....                        | 69  |
| Table des illustrations.....       | 72  |

# INTRODUCTION

---

Selon la nouvelle classification DSM 5, l'autisme est un trouble neurodéveloppemental caractérisé par des anomalies de la communication et des interactions sociales mais aussi par des comportements, activités et intérêts restreints et stéréotypés. Ainsi, l'utilisation sociale du langage est problématique pour les personnes avec autisme. Leur déficit dans les habiletés conversationnelles impacte leurs interactions sociales. Ces troubles de la pragmatique engendrent alors des répercussions quotidiennes sur la vie familiale, sociale, scolaire et professionnelle de ces personnes, souvent isolées. La prise en charge et l'accompagnement des personnes avec autisme représente donc un enjeu majeur pour notre société.

Les troubles du spectre autistique (TSA) suscitent de plus en plus l'intérêt de la communauté scientifique. Mais les études disponibles concernent peu les adultes et plus rarement encore ceux n'ayant pas de déficience intellectuelle. Il nous a donc semblé pertinent de porter notre intérêt sur cette population, dont les problématiques évoluent avec dans le temps.

La création d'un groupe thérapeutique peut-elle avoir un impact sur la pragmatique du langage de personnes adultes ayant des troubles du spectre autistique sans déficience intellectuelle (TSA-SDI) ?

Pour mesurer cela, nous avons créé un groupe d'adultes avec autisme sans déficience intellectuelle et organisé des rencontres mensuelles. Nos objectifs étaient d'abord de mesurer l'incidence de ce projet sur la pragmatique de leur langage mais également de rompre leur isolement social, de les aider à s'insérer professionnellement et d'améliorer leur qualité de vie. Une évaluation pré et post-traitement a été réalisée et un questionnaire a été rempli par les parents en fin de traitement.

La partie théorique abordera les troubles du spectre autistique en développant le diagnostic et la prise en charge. Puis nous détaillerons les compétences formelles et pragmatiques des adultes avec TSA-SDI, sur les versants expressif et réceptif. Enfin, nous nous intéresserons aux interactions sociales, à la prise en charge et à l'insertion professionnelle de ces adultes.

La partie pratique de ce mémoire sera dédiée à la description de la méthodologie de notre étude avec le détail de la problématique, des objectifs, du matériel et de la méthode. Enfin, nous analyserons les résultats pour ensuite les discuter.

# **PARTIE THEORIQUE**

---

## **Partie 1 : LES TROUBLES DU SPECTRE AUTISTIQUE**

## **I. Données générales sur l'autisme**

### **1. Définition et manifestations cliniques**

L'autisme est un trouble neurodéveloppemental 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 » (Barthélémy & Bonnet-Brilhault, 2012). D'apparition très précoce, ce trouble du développement perdure tout au long de la vie et a un impact fonctionnel puisqu'il retentit sur le fonctionnement quotidien de l'individu (Chamak, 2015). Les symptômes doivent être présents dans l'enfance ou bien devenir manifestes dès que les exigences sociales dépassent les capacités de l'enfant (APA, 2015). Plus l'autisme est sévère, plus les symptômes apparaissent tôt (Lyall, et al., 2017). L'autisme est envisagé comme un spectre, il existe donc autant d'autismes que de sujets avec autisme. Actuellement, il est détectable au cours des 30 premiers mois de vie (Adrien 2017 ; Mottron, 2016).

Les nouvelles recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) de 2018 préconisent l'utilisation du DSM 5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), classification américaine, comme référence pour le diagnostic (HAS, 2018). En 2013, le DSM 5 modifie certaines conceptions en décrivant une dyade autistique et en considérant les troubles du spectre autistique (TSA) comme un continuum (Adrien, 2017 ; APA, 2015). Les enfants ayant un diagnostic de TSA ont des signes cliniques communs qui diffèrent en intensité et au cours du développement de chacun (Adrien, 2017). Ceux qui ont un bon niveau intellectuel et un langage développé sont considérés comme ayant un haut niveau de fonctionnement. On parle de trouble du spectre autistique sans déficience intellectuelle (TSA-SDI). A l'inverse, ceux qui ont un niveau intellectuel et un langage limités sont considérés comme ayant un bas niveau de fonctionnement. Mais la limite entre ces deux catégories n'est pas clairement établie (Poirier & Des Rivières-Pigeon, 2013). Cependant, pour la HAS, la sévérité du trouble du développement intellectuel est établie selon les capacités d'adaptation de la personne et non de son quotient intellectuel (HAS, 2018).

Les deux critères diagnostiques du DSM sont désormais les suivants : anomalies de la communication et des interactions sociales ainsi que des comportements, activités et

intérêts restreints et stéréotypés. Ces symptômes doivent apparaître tôt dans le développement de l'enfant et se manifestent par une pauvreté du regard, un isolement, un langage communicatif et non communicatif peu efficaces, des activités ritualisées et une intolérance au changement. Les critères sont pondérés selon la sévérité des troubles et la présence éventuelle de troubles associés (Adrien, 2017 ; APA, 2015 ; HAS, 2018).

Parmi les manifestations cliniques, on retrouve l'altération de la communication et des interactions sociales. En effet, les personnes avec autisme peinent à comprendre le monde qui les entoure et manquent de réciprocité sociale et émotionnelle. Elles parviennent difficilement à communiquer avec autrui et à établir des relations sociales (APA, 2015). À l'âge adulte, les troubles de la communication évoluent plus favorablement que les troubles des interactions sociales, qui persistent chez plus de la moitié des adultes avec autisme (Barthélémy & Bonnet-Brilhault, 2012). Nous développerons plus amplement ces éléments dans la troisième partie.

On retrouve également les comportements, activités et intérêts restreints et répétitifs. Les personnes avec autisme peuvent avoir des mouvements stéréotypés (non volontaires, répétitifs et inadaptés à la situation). Elles peuvent utiliser les objets de manière inhabituelle (alignement, rotation) et s'attacher fortement à un objet atypique. De plus, elles ont une rigidité de la pensée engendrant des routines (manger les mêmes aliments, emprunter les mêmes itinéraires). Un seul canal de communication est utilisé à la fois, soit visuel soit auditif, ce qui perturbe une vision globale de l'environnement. Les personnes avec autisme manquent d'anticipation. Ainsi, tout changement peut entraîner une réaction de stress voire de détresse. Enfin, elles peuvent avoir une hypo ou hyper réactivité à des stimuli sensoriels (insensibilité à la douleur, fascination pour les lumières ou objets qui tournent) (APA, 2015 ; Lawson, 2015). Ces comportements restreints peuvent être générés par des émotions fortes, une incompréhension de l'environnement, une surcharge sensorielle, l'ennui, la douleur ou encore l'anxiété. La personne avec autisme peut se mettre en retrait, crier, agiter ses mains, balancer son corps, sérier ou aligner des objets de manière atypique, s'automutiler ou devenir agressive (Lawson, 2015 ; Mottron, 2016).

Enfin, d'autres signes cliniques peuvent être présents à des degrés divers. La présence d'anomalies sensorielles, notamment kinesthésiques, auditives et visuelles est fréquente. Ces troubles perdurent généralement à l'âge adulte. Aussi, les personnes avec autisme ont une perception particulière de la douleur avec parfois une forte insensibilité (Barthélémy & Bonnet-Brilhault, 2012). Les troubles moteurs engendrent des difficultés de

coordination avec un retard de la marche, des chutes et une démarche incongrue, ainsi que des difficultés de motricité fine. Ce sont des personnes considérées comme maladroites. L'habillage autonome et la tenue des objets fins peuvent être tardifs (Richoz & Rolle, 2015). Des troubles alimentaires et du sommeil sont fréquemment retrouvés. Enfin, les personnes avec autisme peuvent présenter des troubles temporo-spatiaux engendrant des difficultés à se projeter dans le temps, comme si tout se passait au présent (Lawson, 2015).

La clinique de l'autisme à l'âge adulte est peu référencée puisque l'évolution est très hétérogène selon les personnes (Barthélémy & Bonnet-Brilhault, 2012).

## **2. Données épidémiologiques et étiologiques**

### **Epidémiologie**

Il existe un consensus de la communauté scientifique sur la nette hausse de la prévalence des troubles du spectre autistique depuis plusieurs années (Fombonne, Elsabbagh & Clarke, 2012 ; HAS, 2010 ; Longuépée, Bouvard, & Assouline, 2016). En 2012, Elsabbagh situait la médiane des estimations de la prévalence de l'autisme à 62/100 000 (Poirier & Des Rivières-Pigeon, 2013). Mais les estimations varient pour diverses raisons. Tout d'abord, la modification des critères diagnostiques amène à reconsidérer le diagnostic puisque l'on parle désormais de troubles du spectre autistique. La variabilité de la méthodologie des études scientifiques peut également être pondérée. Enfin, l'amélioration du dépistage et du diagnostic contribue à cette hausse de prévalence grâce à une sensibilisation accrue de la société et des professionnels (Fombonne, Elsabbagh & Clarke, 2012 ; HAS, 2010).

En 2010, la HAS compare la prévalence des troubles du spectre autistique entre 1999 et 2009. Cette dernière a nettement augmenté. En 1999, 18,7 enfants sur 10 000 étaient porteurs d'un TED (trouble envahissant du développement) et 7,2 enfants pour 10 000 étaient porteurs d'autisme. Dix ans plus tard, en 2009, les chiffres évoluent : 63,7 enfants pour 10 000 pour les TED et 20,6 enfants pour 10 000 pour l'autisme (HAS, 2010). En 2009, environ 1 enfant sur 150 était atteint d'autisme (Fombonne, 2009). Aujourd'hui, en 2018, la prévalence avoisine les 1% sur la population mondiale. En France, ce chiffre varie de 0,9 à 1,2 pour 100 individus. Cela représente 700 000 personnes dont 600 000 adultes

(Autisme.gouv, 2018). On note une prédominance masculine, avec un rapport de 4 garçons pour 1 fille (HAS, 2010 ; Lyall et al., 2017). Cette dernière est encore plus marquée lorsqu'il n'y a pas de déficience intellectuelle associée, avec 6 garçons pour 1 fille. A l'inverse, le sex-ratio est moins élevé en présence de retard mental modéré à sévère, avec 2 garçons pour 1 fille (HAS, 2010). Actuellement, 30 % des personnes avec autisme ont également une déficience intellectuelle (HAS, 2010 ; Lyall et al., 2017).

## **Etiologie**

L'autisme est un trouble neurodéveloppemental aux origines multifactorielles encore mal déterminées. La contribution génétique à l'étiologie de l'autisme est fortement soutenue depuis des années grâce aux études de familles et de jumeaux. Cette héritabilité serait impliquée dans 50 à 90 % des cas (Lyall et al., 2017). Selon la HAS, le risque d'avoir dans la fratrie une autre personne avec autisme est de 22,3 % (HAS, 2010). On recense l'implication d'au moins 15 gènes différents et on note une expression extrêmement variable du désordre qui engendrerait une incapacité du cerveau à créer correctement de nouvelles connexions. Cette hypo-connectivité entre les structures cérébrales empêcherait la capacité de l'enfant à développer des compétences complexes (Lyall et al., 2017 ; Rogers, Dawson & Rogé, 2013). Par ailleurs, il existe une interaction entre la génétique et les facteurs environnementaux. Un dérèglement épigénétique serait retrouvé dans le cerveau des personnes avec autisme, ce qui se traduit par une modification de l'activité des gènes sous l'influence de l'environnement. A l'avenir, cela pourrait constituer un des biomarqueurs de l'autisme (Lyall et al., 2017).

Les mécanismes neuronaux sous-tendant la déficience observée dans l'autisme restent inconnus. Grâce aux récents travaux en épidémiologie génétique, en imagerie médicale, en biologie moléculaire et en anatomie, de nouvelles hypothèses émergent. Celle d'une hypertrophie cérébrale précoce est notamment soutenue par Hazlett et al en 2017. En effet, chez les enfants autistes âgés de 24 mois, l'IRM structurelle met en évidence une augmentation du volume total du cerveau. Cette hypertrophie précoce des structures corticales pourrait être un prédicteur des troubles du spectre autistique vers 24 mois. Après cette hyper-croissance cérébrale précoce, il y aurait un ralentissement du développement du volume cérébral (Hazlett et al, 2017 ; Rogers, Dawson & Rogé, 2013).

Les facteurs de risques environnementaux sont très nombreux mais ne font pas encore consensus dans le domaine de la recherche. Les revues systématiques et les méta-analyses relèvent plus d'une vingtaine de facteurs individuels, familiaux, pré, péri ou néo-nataux. Parmi ces facteurs de risque, il existe des dimensions physiologiques (âge de la mère, faible poids et petite taille du nourrisson à la naissance...), biologiques (prise de médicaments pré-natale, pollution, perturbateurs endocriniens...) et nutritionnelles (alimentation pré-natale de la mère...) (Lyall et al., 2017 ; Ng et al., 2013).

## **II. Diagnostic et prise en charge de l'autisme**

### **1. La pose du diagnostic**

Aucun biomarqueur ne permet de détecter l'autisme. Mais les progrès technologiques simplifient la mise en place de dispositifs de recherche, comme le tracking visuel qui permet l'analyse du regard. Cette technique associée à l'imagerie met en évidence les stratégies d'analyse de l'information lors de scènes d'interaction sociale. Elle permettrait un diagnostic plus précoce. En effet, les modes d'exploration dysfonctionnels précéderaient les troubles comportementaux, plus perceptibles (Rogé, 2015).

La pose de diagnostic est complexe et nécessite l'intervention de divers professionnels. Dans 90% des cas, les parents remarquent une particularité développementale chez leur enfant avant l'âge de 2 ans (Poirier & Des Rivières-Pigeon, 2013). Parmi les signes cliniques précoces, on observe des échanges limités avec les parents, un visage très peu expressif, un tonus et une posture inadaptés (Adrien, 2017 ; Barthélémy & Bonnet-Brilhault, 2012 ; Bonnet-Brilhault, 2017). En février 2018, la HAS a actualisé ses recommandations de 2005 et 2012 en matière de diagnostic et prise en charge de l'autisme chez l'enfant et l'adolescent. Elle souhaite notamment que les délais d'obtention du diagnostic soient réduits. La première étape consiste à repérer les signes de TSA chez les enfants présentant des signes d'alerte. Si le risque d'autisme est confirmé lors de la consultation de repérage, les premières interventions doivent avoir lieu au plus tard 3 mois après. La seconde étape est celle du diagnostic. Ce dernier doit être posé par des équipes spécialisées de proximité, c'est-à-dire de deuxième ligne. On y trouve les centres médico-psychologiques (CMP), les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP), les

centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) ainsi que les services de pédiatrie, les réseaux de soins spécialisés dans l'autisme et les professionnels libéraux coordonnés par un médecin. Les Centres Ressources Autisme (CRA) interviennent en troisième ligne sur des cas complexes et sujets à discussion (HAS, 2018). Ils ne proposent pas de prise en charge mais aident les acteurs de terrain, proposent des investigations complémentaires et coordonnent les soins. Concrètement, ils accueillent et conseillent les personnes (enfants, adolescents et adultes) et leur famille, réalisent des bilans et évaluations approfondis, informent et forment les aidants familiaux et professionnels, mènent des études et travaux de recherche, et ont un rôle de conseil et d'expertise nationale. Bien que les CRA soient destinés à tous les âges, seuls 13 % des demandes concernaient les adultes en 2010 (Ouss-Ryngaert, 2010).

Le diagnostic d'autisme est complexe, clinique et médical ; il peut être posé chez l'enfant à partir de 18 mois et doit faire référence au DSM-5 (HAS, 2018). L'équipe pluridisciplinaire réalise une observation clinique individualisée de l'enfant, une évaluation du profil cognitif et du fonctionnement intellectuel, un examen du langage et de la communication ainsi qu'une évaluation de la psychomotricité et de la sensorimotricité. Cela permet d'évaluer le développement, le fonctionnement et l'environnement de l'enfant (HAS, 2005, HAS 2018). Pour le diagnostic, la HAS recommande l'utilisation d'outils standardisés. Pour identifier l'autisme, elle recommande l'utilisation de l'ADOS-2 (Autism Diagnostic Observation Schedule) qui est une échelle d'observation des comportements utilisant un support vidéo et l'ADI-R (Autism diagnostic interview) qui est un entretien semi-dirigé des parents. Pour évaluer le degré de sévérité des troubles, elle recommande l'utilisation de la CARS-2 (Childhood autism rating scale), de l'ECA-R (Echelle d'évaluation des comportements autistiques) ou de l'ECA-N selon l'âge. Les observations directes réalisées lors de l'évaluation pluridisciplinaire doivent être complétées des observations indirectes lors d'un entretien parental (HAS, 2018).

Généralement, le diagnostic est posé entre 2 et 3 ans (HAS, 2005 ; Mottron, 2006). Tout diagnostic d'autisme établi avant l'âge de 2 ans n'est pas fiable (Cohen, 2012 ; HAS, 2005). C'est pourquoi avant l'âge de 18 mois, la HAS recommande d'évoquer un trouble du neurodéveloppement (HAS, 2018). Si l'enfant est très jeune, mieux vaut établir un diagnostic provisoire qui fera l'objet de nouvelles évaluations un an plus tard. Le diagnostic sera alors confirmé ou infirmé (Mottron, 2006). Jusqu'aux 6 ans de l'enfant, les évaluations

doivent être renouvelées environ chaque année (HAS, 2005 ; HAS, 2012). De nombreuses personnes avec autisme ne sont pas diagnostiquées. Pourtant, la pose de diagnostic est fondamentale puisqu'elle favorise la compréhension et l'appréhension des troubles. Elle permet également à la personne de se construire une identité, de trouver sa place dans la communauté et d'avoir une meilleure qualité de vie (HAS, 2011 ; Mottron, 2006).

## **2. Interventions et prises en charge de l'autisme**

La HAS recommande un repérage et un diagnostic précoces afin qu'en découle une prise en charge adaptée avant l'âge de 4 ans (HAS, 2018). Suite à l'évaluation et à la pose du diagnostic, l'équipe pluridisciplinaire établit un plan personnalisé d'interventions pour l'enfant. Les objectifs de la prise en charge découlent directement des résultats aux diverses évaluations. Toute intervention doit avoir pour objectifs l'épanouissement et l'autonomie du sujet, sa qualité de vie et son intégration dans la société. La prise en charge doit être axée sur les domaines suivants : « communication et langage, interactions sociales, sensoriel, moteur, cognitif, émotionnel et affectif ». Une collaboration étroite entre les parents et les professionnels est primordiale pour assurer un suivi sans rupture. Pour les enfants de moins de 4 ans, la HAS recommande la mise en place d'interventions « précoces, globales et coordonnées dans les trois mois suivant le diagnostic ». Elles doivent être fondées sur une approche éducative, comportementaliste et développementale et avoir une durée minimale de 2 ans. En l'absence d'améliorations après quelques mois d'intervention, il faut réadapter l'intervention. La prise en charge peut se faire individuellement ou en groupe (HAS, 2012).

La prise en charge orthophonique découle du bilan et respecte les besoins du sujet en établissant des priorités. Il faut d'abord prendre en charge les déficits entraînant une gêne importante dans la communication et l'adaptation de l'enfant. Selon les besoins, des systèmes de communication alternative ou augmentée peuvent être mis en place, comme l'utilisation de gestes MAKATON, la Langue des Signes Française (LSF), le système d'échange d'images (PECS)... Tous les domaines sont abordés en réception et en expression (Mottron, 2006). On peut ainsi travailler la compréhension, la communication non verbale (contact visuel, mimiques, posture, gestuelle) et les compétences lexicales et sémantiques. On peut également entraîner la prosodie, l'informativité du discours, l'argumentation et la

narration. Il faut aussi aborder le langage métaphorique, les notions d'implicite, les sous-entendus et les allusions, les inférences, l'humour et le lexique émotionnel (Tardif, 2010).

L'autisme est un trouble pérenne et définitif ; aucune thérapeutique curative n'existe (Bonnet-Brilhault, 2017 ; Delage & Durrleman, 2015 ; HAS, 2012). Néanmoins, une prise en charge précoce permet le développement des capacités de communication et de socialisation. La précocité de la prise en charge fait partie des facteurs pronostiques de bonne évolution avec l'absence de retard mental et le développement d'un langage oral fonctionnel. La plasticité cérébrale étant optimale chez l'enfant jeune, les soins et rééducations mis en place précocement sont plus efficaces (Bonnet-Brilhault, 2017 ; Delage & Durrleman, 2015). Le but d'une intervention n'est pas de rendre l'enfant non-autiste mais de lui donner accès au monde environnant en favorisant son épanouissement (Mottron, 2016). Face à la diversité des pratiques, la HAS préconise trois grands axes de rééducation chez l'enfant. L'axe éducatif permet l'autonomie, l'axe pédagogique agit sur les apprentissages et l'axe thérapeutique favorise le bien-être de la personne. L'enfant est entouré de divers professionnels paramédicaux : orthophoniste, psychomotricien, ergothérapeute et psychothérapeute. La HAS recommande trois interventions (Cohen, 2012 ; HAS, 2012). Le TEACCH est une approche développementale visant la réduction des comportements problématiques, l'amélioration des activités quotidiennes, de la communication et du langage, l'intégration sociale et l'indépendance du sujet (Dionisi, 2013 ; Virues-Ortega, Julio & Pastor-Barriuso, 2013). L'ABA est une approche comportementale intensive basée sur le renforcement positif et visant l'amélioration du comportement, du langage, des compétences sociales, cognitives et motrices, et l'autonomie de l'enfant (Cohen, 2012 ; Tiura et al., 2017). Enfin, le modèle de Denver est une intervention précoce et intensive adressée aux jeunes enfants visant la diminution de la sévérité des symptômes et le développement de la communication verbale et non verbale, de la cognition, du jeu et de l'imitation (Rogers, Dawson & Rogé, 2013 ; Tardif, 2010). Bien que validées scientifiquement, ces méthodes intensives sont difficiles à mettre en œuvre quand on sait que la HAS recommande 20 à 25 heures d'intervention par semaine. De plus, leur efficacité à long terme n'est pas prouvée (Girardot et al., 2017 ; Taton et al., 2017). Enfin, à l'heure actuelle, aucune recommandation sur l'intensité optimale ou l'intérêt d'une intervention très précoce n'existe (Mottron, 2016).

**Partie 2 : COMPETENCES  
FORMELLES ET PRAGMATIQUES  
DES ADULTES AVEC TSA-SDI**

Cette partie est dédiée aux compétences en langage formel et en pragmatique des adultes avec TSA-SDI. Il est donc important de distinguer le système de la langue (langage) de l'usage qui en est fait en contexte de communication (pragmatique).

## **I. Les compétences langagières des adultes avec TSA-SDI**

Les compétences formelles du langage des personnes avec TSA-SDI sont spécifiques bien que souvent préservées (Courtois-du-Passage & Galloux, 2004). Il existe très peu de littérature sur le langage des adultes avec autisme sans déficience intellectuelle mais nous allons tenter de mettre en évidence ces particularités.

### **1. Langage formel réceptif**

Globalement, la compréhension des personnes avec TSA-SDI est préservée. Mais toute phrase longue, complexe ou de forme inhabituelle peut engendrer des troubles de la compréhension (Tahay, 2015). L'information perçue ne ferait pas sens pour ces personnes. Isolément, les mots seraient bien compris alors que les phrases seraient moins bien comprises. Le lexique est bien perçu mais la syntaxe l'est moins. Cela met en évidence des difficultés d'intégration des sources d'information afin d'en extraire le sens, ce qui fait référence à un manque de cohérence centrale (Bibeau & Fossard, 2010). Cette théorie, développée par Frith en 1989, indique que les personnes avec autisme traitent les informations de manière individuelle et analytique, et non comme un ensemble cohérent, ce qui peut engendrer diverses difficultés (Blanc & Archambault, 2016). Lorsque le contexte n'est pas pris en compte, les liens entre ce dernier et les informations linguistiques sont difficilement établis (Bibeau & Fossard, 2010). La compréhension des pronoms personnels, adjectifs possessifs et pronoms anaphoriques peut être difficile (Monfort, Sánchez & Juárez, 2005).

### **2. Langage formel expressif**

De nos jours, entre 75 et 95 % des personnes avec autisme accèdent au langage, notamment grâce aux interventions précoces et intensives (Rogé, 2015). Mais pour plus de la moitié, le langage reste largement déficitaire (HAS, 2010). Chez les personnes avec autisme sans déficience intellectuelle, le langage est souvent retardé et comporte quelques altérations qualitatives (De Martino, S. & Rey, V. 2016). Pour Laurent Mottron, lorsque les

troubles du langage sont présents, ils ont surtout lieu dans les deux années qui suivent le début du langage. Par la suite, ils s'estompent voire disparaissent (Carouille, 2010). Plus l'acquisition du langage se fait précocement, plus le pronostic est bon (Rogé, 2015).

Les personnes présentant un TSA-SDI développent un langage s'apparentant à celui des adultes. Parfois, elles emploient des expressions sans même en comprendre véritablement le sens. Le langage est pédant (Carouille, 2010). Le domaine phonologique est préservé (Monfort, Sánchez & Juárez, 2005). Le lexique est bien développé voire riche. En effet, les intérêts électifs des personnes avec TSA-SDI peut induire un vocabulaire technique et surinvesti (Courtois-du-Passage & Galloux, 2004). Cependant, elles n'exploiteraient pas entièrement leur vocabulaire. Ainsi, elles peuvent employer des termes idiosyncrasiques (propres à l'individu) et des néologismes (invention de mots). La composition du lexique peut être inégale avec davantage de mots porteurs de sens (noms, verbes...) que de mots abstraits ou grammaticaux (prépositions, pronoms...) (Lavielle Guida, 2016). Théoriquement, l'inversion pronominale ne pose plus de problème à l'âge adulte. Les personnes avec un TSA-SDI ont tendance à employer les mots de manière particulière. Des bizarreries de langage sont observables aussi bien sur le contenu que sur la forme. Par ailleurs, créer des concepts et étendre le sens des mots peut s'avérer compliqué. Un mot employé n'a souvent qu'une seule signification dans un contexte donné. Il n'y a pas de généralisation entre diverses situations (Courtois-du-Passage & Galloux, 2004). Un mot peut être utilisé de manière préférentielle et exclusive, sans jamais faire appel à ses synonymes (Carouille, 2010). Enfin, la rigidité du langage des personnes ayant un TSA-SDI les empêche d'employer des abréviations. Le manque de précision et l'abstraction sont difficilement supportables pour elles (Tahay, 2015). Elles préfèrent d'ailleurs employer un langage concret plutôt qu'abstrait (Rogé, 2015).

Par ailleurs, les personnes avec autisme ont des difficultés à acquérir et utiliser les mots relatifs aux émotions ou les verbes cognitifs tels que « penser » et « croire ». Les homophones, les mots à caractère non littéral et le vocabulaire spatial peuvent également être problématiques. S'exprimer sur leur environnement est complexe pour ces personnes au fonctionnement cognitif et perceptif particulier. Si elles parviennent difficilement à acquérir et employer les mots faisant référence à une émotion (comme « triste »), c'est parce qu'elles n'ont pas la capacité à identifier cette émotion. L'étude de Catoire en 2016 établit un lien entre les compétences pragmatiques et lexico-sémantiques. Le lexique des

verbes d'action est également affecté car il y a une notion d'intention. Or identifier des intentions s'avère problématique pour les personnes avec autisme, ce que nous verrons dans la prochaine partie avec la Théorie de l'esprit (Catoire, 2016).

Enfin, la syntaxe est globalement préservée. Les structures syntaxiques sont bien acquises mais leur utilisation serait parfois déficitaire (Lavielle Guida, 2016), notamment lorsque la longueur des phrases augmente. Les phrases sont donc courtes et contiennent peu d'enchâssements (Bibeau & Fossard, 2010).

## **II. La pragmatique chez les adultes avec TSA-SDI**

Comme vu précédemment, le langage oral formel des personnes avec autisme sans déficience intellectuelle est relativement préservé mais a une faible valeur communicative (Le Sourn-Bissaoui & Dardier, 2016). La pragmatique est l'utilisation sociale que fait une personne du langage verbal et non verbal (Maillart, 2003). Cette capacité s'acquiert tout au long de la vie et se complexifie. La pragmatique du langage, en lien avec les difficultés d'interactions sociales, est très souvent déficitaire chez les sujets avec TSA (Monfort, Sánchez & Juárez, 2005). D'après la revue de la littérature de Beaud en 2011, les personnes avec autisme sans déficience intellectuelle ne parviennent pas à adapter leurs capacités langagières en situation sociale de communication (Beaud, 2011). Elles ne parlent pas dans le but d'échanger avec autrui mais davantage pour évoquer leurs intérêts (Carouille, 2010). Selon Monfort et al., même si les symptômes varient en nombre et en intensité, les troubles pragmatiques des personnes avec autisme sont considérés comme sévères puisqu'ils sont permanents et résistants aux diverses interventions. La sévérité des troubles varie selon l'impact social engendré et la fréquence. Ces troubles pragmatiques existent aussi bien sur le versant réceptif qu'expressif. Par ailleurs, l'évaluation quantitative et normative des troubles de la pragmatique est compliquée. Les réponses de l'examineur sont souvent subjectives donc nécessitent l'appui d'autres examinateurs pour homogénéiser les réponses. Aucun test pour adultes n'est mentionné (Monfort, Sánchez & Juárez, 2005). Mais la situation de conversation serait idéale pour évaluer les habiletés pragmatiques car elle est naturelle et écologique (Le Sourn-Bissaoui & Dardier, 2016).

## 1. Versant réceptif

Comprendre, interpréter et appréhender les interactions sociales peut s'avérer problématique chez les personnes avec TSA-SDI. Il existe deux causes principales. En effet, les troubles pragmatiques peuvent être directement liés à une incompréhension du langage :

- Les personnes avec autisme peuvent avoir des difficultés à comprendre les mots malgré un lexique riche. Elles peuvent rencontrer des difficultés avec les divers types de questions et ainsi répondre de manière incorrecte. Elles peuvent avoir du mal à tenir compte de l'intonation, ce qui engendre des troubles réceptifs puisque le ton donné ne les aide pas à comprendre le sens du mot.
- Durant une conversation, les personnes avec TSA-SDI peuvent ne pas réagir ou alors de manière inappropriée (comportement d'ignorance). Le contact oculaire est très peu présent et la posture inadéquate.
- Des difficultés à appréhender le contexte d'énonciation peuvent exister : le savoir de l'interlocuteur et le contexte ne sont pas pris en compte (Monfort, Sánchez & Juárez, 2005).
- L'interprétation du message est très souvent littérale, l'implicite n'étant pas maîtrisé. Le second degré, les métaphores, l'ironie et les mots polysémiques peuvent ne pas être compris (Le Sourn-Bissaoui & Dardier, 2016 ; Rogé, 2015). Cette littéralité prendrait notamment son origine dans les troubles de la Théorie de l'esprit. La compréhension des métaphores nécessiterait de bonnes capacités dans la Théorie de l'esprit de premier ordre alors que l'ironie, plus complexe, nécessiterait celle de second ordre (Beaud, 2011). L'humour se limite généralement à des jeux de mots simples et des calembours (Vermeulen, 2014).

Les troubles pragmatiques peuvent également être liés à des troubles de la communication et des interactions sociales :

- Les personnes avec autisme ont tendance à porter peu d'intérêt aux activités d'autrui.
- Les normes sociales font l'objet d'un apprentissage souvent tardif. Par exemple, la pudeur est une notion qui peut s'installer tardivement.

- Les personnes avec autisme sont parfois peu sensibles aux sentiments des autres et peuvent manquer de tact. Elles peuvent par exemple voir qu'une personne est blessée car elle porte un bandage mais ne pas émettre de commentaire, ou encore dire à une personne en surpoids qu'elle est « grosse ».
- L'intérêt des jeux compétitifs peut ne pas être compris même lorsque les règles sont connues : l'esprit de compétition existe rarement.
- Certains bruits forts peuvent provoquer une hypersensibilité. Par ailleurs, une attirance pour certaines sensations tactiles ou olfactives peut exister. On peut également observer une hygiène excessive des mains, un fort attachement à un objet, une résistance aux changements de routine. Tout cela peut engendrer des comportements inadaptés (Monfort, Sánchez & Juárez, 2005).

## **2. Versant expressif**

Au-delà des troubles réceptifs, s'exprimer en fonction du contexte social n'est pas chose aisée pour les personnes avec TSA-SDI. Deux causes principales sont mises en évidence. Tout d'abord, les troubles pragmatiques peuvent être liés aux troubles de l'expression orale :

- Des troubles de l'informativité peuvent être observés : pas assez ou trop d'informations (élaboration excessive, répétitions, phrases alambiquées), emploi de phrases toutes faites, questions peu utiles, formulations stéréotypées... L'ajustement au contexte et à l'interlocuteur peut poser problème.
- Des troubles sémantiques peuvent gêner l'expression des personnes avec autisme puisqu'elles peuvent avoir des difficultés à utiliser les pronoms personnels, les adjectifs possessifs et les pronoms anaphoriques. Elles peuvent également produire des énoncés atypiques mais compréhensibles, confondre certains mots appartenant à la même catégorie et parfois avoir des difficultés d'accès au mot. Les mots peuvent être sophistiqués, alambiqués et utilisés de manière très littérale.
- Malgré un bon niveau de vocabulaire, les personnes avec autisme ont tendance à communiquer dans un but concret plus que social. Les thèmes de conversation sont extrêmement restreints : il s'agit principalement de leurs intérêts électifs.
- L'adéquation entre la forme verbale et le contexte, l'interlocuteur ou les normes sociales est rare. La rigidité de pensée des personnes avec autisme engendre parfois

des propos inappropriés au contexte. Les personnes avec autisme peuvent également avoir des difficultés à prendre en compte la différence d'âge, de sexe ou de proximité avec l'interlocuteur. Les normes sociales de courtoisie ne sont parfois pas respectées, ce qui peut rendre les propos impolis. L'utilisation du tutoiement ou vouvoiement est confuse. L'emploi de compliments est très rare.

- Les règles d'usage de la conversation peuvent ne pas être respectées. Les personnes avec TSA-SDI ont tendance à ne pas respecter les tours de rôle et donc à couper la parole. On peut retrouver des difficultés à introduire un thème de conversation (thèmes variés et cohérents, formules d'introduction très longues) mais également à le maintenir (répondre aux questions posées, garder la parole suffisamment longtemps, clarifier ses propos si besoin, demander des renseignements, contact visuel...) et à mettre fin à la conversation. Ce sont des personnes qui sautent souvent du coq à l'âne et qui sont indifférentes aux réactions de l'interlocuteur (comme l'ennui, l'agacement...).
- Les personnes avec autisme peuvent avoir du mal à réparer les malentendus ou échecs dans la conversation car elles ne vérifient pas si le message est correctement transmis. Elles ont tendance à ne pas employer de stratégie de réparation du discours : pas de renouvellement spontané de leur énoncé lorsque l'interlocuteur ne l'a pas compris.
- La prosodie et l'intonation sont très souvent altérées, ce qui est source de stigmatisation. L'intensité est trop forte ou trop faible, le ton monotone et la prosodie peu naturelle, étrange ou mimétique.
- Parfois, les réponses aux questions sont inadéquates. Les personnes avec autisme peuvent également produire des énoncés qui leur sont directement destinés.
- Par ailleurs, des troubles de l'expression non verbale peuvent également exister. Le contact oculaire, l'expressivité du visage et du corps peuvent être insuffisants ou inadaptés (Monfort, Sánchez & Juárez, 2005). D'après Attwood et Virel, une étude de Baron-Cohen et al en 1995 rapporte que le contact visuel est absent lorsque les personnes avec autisme parlent mais également lorsque l'interlocuteur parle. Les informations données par le regard comme les expressions faciales et les sentiments de l'interlocuteur ne sont donc pas pris en compte. Le contact visuel empêcherait la personne avec autisme de se concentrer sur la conversation (Attwood & Virel, 2014).

Les troubles de la pragmatique peuvent également être mis en lien avec des troubles du comportement social :

- En général, les enfants avec TSA-SDI préfèrent jouer seuls ou bien avec des personnes plus âgées.
- Les personnes avec autisme montrent peu leurs sentiments, paraissent « bizarres », sont trop confiantes avec les inconnus... Elles peuvent être sujettes aux moqueries mais ne savent pas se défendre et préfèrent s'isoler.
- Des stéréotypies motrices et certains rituels (notamment de rangement) peuvent être présents. Il y a très souvent des intérêts restreints et hyperspécialisés.
- Enfin, certaines personnes avec autisme peuvent avoir des sautes d'humeur (Monfort, Sánchez & Juárez, 2005).

Les troubles de la pragmatique ont donc un impact important sur la vie familiale, sociale et scolaire des personnes avec autisme sans déficience intellectuelle. Une prise en charge de ces troubles est nécessaire ; cela sera développé dans la prochaine partie.

**Partie 3 : INTERACTIONS SOCIALES,  
PRISE EN CHARGE ET INSERTION  
PROFESSIONNELLE DES ADULTES  
AVEC TSA-SDI**

## **I. Les interactions sociales**

### **1. Un fonctionnement cognitif particulier**

Les personnes avec autisme présentent un fonctionnement particulier les empêchant de comprendre le monde et d'interagir avec ce dernier (Lawson, 2015).

Tout d'abord, le déficit en Théorie de l'esprit est en partie responsable des difficultés dans les interactions sociales et la communication. La Théorie de l'esprit consiste à identifier et comprendre les intentions, pensées, désirs et croyances d'autrui. Elle fait référence à l'empathie et doit permettre l'anticipation des actions ou propos de l'interlocuteur. Les enfants tout-venant perçoivent ces sentiments dès l'âge de 5 ans. Chez la personne avec autisme, cette aptitude n'est pas absente mais réduite. Cela s'explique notamment par des anomalies structurelles et fonctionnelles de l'amygdale, partie du cerveau responsable de la reconnaissance des émotions comme la peur, la tristesse ou la colère (Richoz & Rolle, 2015). Les personnes avec autisme différencient difficilement leurs connaissances de celles d'autrui. Ce déficit en Théorie de l'esprit expliquerait en partie les troubles des relations sociales (Blanc & Archambault, 2016).

Un déficit de l'attention conjointe explique également les troubles des interactions sociales puisque la personne avec autisme n'est pas en mesure de partager des émotions, des expériences et des centres d'intérêt. L'attention conjointe consiste à coordonner son attention avec quelqu'un dans le but de partager une information. Ce sont les prémices de l'interaction sociale (Blanc & Archambault, 2016). Selon Baron-Cohen et al. en 1995, cité par Blanc et Archambault (2016), un trouble du contact visuel dans les interactions sociales serait à l'origine de ce déficit d'attention conjointe.

De plus, les personnes avec autisme auraient un trouble de l'imitation. Il existerait une corrélation entre l'imitation et les interactions sociales. En effet, les personnes avec autisme n'ont pas cette tendance naturelle qu'ont les personnes neurotypiques à imiter des comportements ou des mimiques faciales. Cela serait lié à un déficit des neurones miroirs, qui servent à partager des émotions avec autrui (Blanc & Archambault, 2016). En effet, les personnes avec autisme ont un manque d'empathie lié à leurs difficultés à exprimer leurs

sentiments et à comprendre ceux des autres (Attwood & Virel, 2014). Elles ne sont pas toujours en mesure de percevoir que leur discours peut ennuyer, offenser ou agacer leur interlocuteur. Ainsi, elles peuvent être considérées comme malpolies, insolentes ou égoïstes. A l'inverse, elles peuvent être facilement susceptibles, se sentir persécutées et s'énervier de manière inappropriée (Richoz & Rolle, 2015).

Enfin, les fonctions exécutives des personnes avec TSA-SDI seraient déficitaires. Les fonctions exécutives sont des processus cognitifs de haut niveau permettant la gestion des informations. Dans l'autisme, la flexibilité de la pensée, la planification, l'inhibition et l'anticipation sont atteintes. Ces fonctions sont nécessaires au quotidien dans les interactions sociales mais également pour la résolution de problèmes (Blanc & Archambault, 2016).

## **2. Gestion des situations sociales**

Les personnes avec autisme sans déficience intellectuelle ne maîtrisent pas le savoir-faire social. Elles peinent à comprendre le monde qui les entoure et manquent de réciprocité sociale et émotionnelle. Partager des intérêts et émotions avec autrui leur est difficile. La communication non-verbale est également déficitaire : mauvaise compréhension et utilisation du contact visuel, des gestes, des expressions faciales et de la posture, mauvaise gestion des moyens de communication. Les personnes avec autisme parviennent difficilement à comprendre et développer des relations sociales adaptées à leur âge. Elles ont des difficultés à adapter leur comportement selon le contexte social (APA, 2015). Les jeunes adultes avec TSA-SDI ont tendance à moins partager d'activités sociales. Contrairement aux personnes de leur âge, ils utilisent moins les e-mails, sms ou messageries instantanées pour communiquer (Leignier, 2016).

Tout d'abord, on note des difficultés d'ordre émotionnel, présentes en expression et en compréhension. Le faible tonus facial des personnes avec autisme contribue au manque d'expressivité. Elles peinent à reconnaître les changements d'expression du visage de leur interlocuteur (Attwood & Virel, 2014). Le décodage des messages sociaux passe en partie par le regard. Or les personnes avec autisme portent plus leur attention sur la bouche que

sur les yeux. Elles parviennent difficilement à déchiffrer le langage corporel d'autrui, pourtant essentiel au développement des interactions sociales (Richoz & Rolle, 2015).

Les relations amicales peuvent poser problème à tout âge. Enfants, ils préfèrent jouer seuls plutôt qu'avec leurs pairs. Cet isolement réduit les sources de stress liées aux situations d'interactions sociales pouvant être problématiques (Richoz & Rolle, 2015). Sinon, ils favorisent les relations avec des adultes, plus intéressants et compréhensifs envers leurs difficultés sociales. D'ailleurs, à l'âge adulte, les relations amicales seraient moins compliquées (Attwood & Virel, 2014). On note un retard dans la maturité émotionnelle et sociale des adolescents et adultes avec TSA-SDI. En effet, ils rencontrent des difficultés dans les relations amoureuses et sexuelles, qui lorsqu'elles ont lieu, sont relativement tardives. L'adolescence est une étape délicate de la vie pour les personnes avec autisme et il convient d'instaurer un suivi particulier pour éviter les états dépressifs (Barthélémy & Bonnet-Brilhault, 2012).

De plus, les adultes avec TSA sans déficience intellectuelle aiment parler de leurs intérêts mais ne comprennent pas ceux des autres et s'en désintéressent, ce qui compromet la réciprocité dans la communication (Richoz & Rolle, 2015). Ils ont tendance à croire les propos tenus par leur interlocuteur, sans s'en méfier. C'est ce qu'on nomme la naïveté sociale. Ils peuvent être victimes de cette naïveté ; certaines personnes malintentionnées pouvant leur demander de dire ou faire des choses inappropriées (Attwood & Virel, 2014). Ayant un rapport rigide face à la loi et aux règles, ils peuvent dénoncer une personne ou énoncer des propos blessants, tout en ne mesurant pas les conséquences possibles (Richoz & Rolle, 2015). Par ailleurs, la résolution de problèmes peut être difficile puisque les personnes avec autisme ont tendance à ne pas demander d'aide et à vouloir résoudre le problème seules. Leur manque de flexibilité mentale ne leur permet pas d'envisager une alternative (Attwood & Virel, 2014).

Enfin, ces divers déficits dans les interactions sociales sont vécus comme un handicap social par les personnes avec TSA-SDI qui prennent conscience de leurs différences (Richoz & Rolle, 2015). Il s'agit d'une population plus à risque de connaître des symptômes dépressifs voire suicidaires (Barthélémy & Bonnet-Brilhault, 2012). En effet, ils sont souvent moqués, rejetés voire maltraités et se sentent seuls (Richoz & Rolle, 2015).

## **II. La prise en charge des adultes avec TSA-SDI**

### **1. Principes généraux de la prise en charge**

L'accompagnement de l'adulte avec autisme sans déficience intellectuelle privilégie l'épanouissement et le bien-être, l'autonomie et l'insertion professionnelle. Il est important de rappeler à la personne et à son entourage qu'on ne guérit pas de l'autisme mais que les apprentissages sont possibles à tout âge. Si besoin, un soutien psychiatrique peut être proposé (Murad et al., 2014). Les adultes sont capables de nouveaux apprentissages. L'intervention est davantage axée sur l'autonomie et la qualité de vie. La sexualité fait notamment l'objet d'un apprentissage puisqu'en raison du défaut de compréhension des émotions et des difficultés de réciprocité sociale, elle peut être problématique (Dionisi, 2013 ; Murad et al., 2014). Par ailleurs, la HAS recommande d'entrer en contact avec une association afin de rencontrer des personnes et de lutter contre l'isolement (HAS, 2011).

De nombreux domaines peuvent être travaillés plus ou moins isolément, selon la plainte de la personne. Les compétences pragmatiques peuvent faire l'objet d'une rééducation avec un orthophoniste (Barthélémy & Bonnet-Brilhault, 2012). La méthode des scénarios sociaux s'avère efficace chez les personnes présentant un TSA-SDI. Il s'agit de petites histoires mettant en scène des situations sociales particulières favorisant la compréhension des réponses et réactions adaptées (Attwood & Vicol, 2014). Par ailleurs, cultiver l'humour des adultes avec autisme peut augmenter leur flexibilité et leur empathie sociale (Vermeulen, 2014).

L'évaluation des interventions sur la population adulte atteinte d'autisme est rare puisque la littérature concerne principalement les enfants et adolescents (Taton et al., 2017). Néanmoins, la HAS constate une amélioration des symptômes pour la moitié des personnes avec autisme au moment du passage de l'adolescence à l'âge adulte, entre 12 et 25 ans. En effet, la communication, le langage verbal et non verbal, et la gestion des émotions s'améliorent alors que les troubles comportementaux diminuent. Seule la réciprocité sociale n'évoluerait pas (HAS, 2010). Le trouble des interactions sociales est l'élément le plus persistant à l'âge adulte (HAS, 2011). Les programmes mis en place sont

d'autant plus efficaces que la personne présente une intelligence élevée (Attwood & Viole, 2014).

## **2. Remédiation des troubles pragmatiques et groupes d'habiletés sociales**

Les adultes avec autisme sans déficience intellectuelle peuvent participer à des groupes d'entraînement aux habiletés sociales (GEHS). Certains désirent avoir des contacts sociaux et des relations amicales mais sont freinés par leurs difficultés dans les interactions sociales. Ils sont également limités dans l'insertion professionnelle, les relations sociales et leur épanouissement personnel (Fritsch et al., 2009 ; Murad et al., 2014 ; Richoz & Rolle, 2015). Les GEHS ont pour objectifs de développer les compétences conversationnelles (dont la pragmatique du langage), la communication non verbale ainsi que la compréhension des situations sociales. Le but est de généraliser les habiletés acquises dans la vie quotidienne ; pour cela, la participation des parents paraît primordiale. L'efficacité de ces méthodes est discutée : pour certains elle est modérée, pour d'autres elle est significative (Andanson et al., 2011 ; Fritsch et al., 2009 ; Murad et al., 2014). Le nombre de participants doit être restreint (2 à 3 participants par animateur) et les niveaux cognitif et verbal doivent être plutôt homogènes. La durée moyenne d'une intervention est d'environ 12 semaines (Andanson et al., 2011 ; Gattegno & De Fenoyl, 2004). Les GEHS favorisent la cohésion entre les participants qui sont amenés à converser et à exprimer leurs pensées et sentiments. Les animateurs régulent les échanges et engagent, maintiennent ou mettent fin à la conversation si besoin. Ils se servent de thèmes spécifiques, de jeux de rôle et de l'humour (Gattegno & De Fenoyl, 2004). Des sorties de groupe (café, cinéma) peuvent être proposées : les participants décident ensemble de la sortie en s'adaptant aux contraintes de chacun (Tardif, 2010). En 2011, Andanson et al. publient une revue de la littérature sur les GEHS. D'après les 12 études retenues, seules deux études incluent des adultes. La première est celle de Mesibov en 1984 : groupe de 15 participants avec autisme verbal âgés de 14 à 35 ans, une heure par semaine sur 10 à 12 semaines, pas de groupe témoin, sans inclusion des parents, évaluation qualitative mais non standardisée et pas d'évaluation de la généralisation. La deuxième est l'étude de Herbrecht en 2009 : groupe de 4 à 7 participants avec autisme de haut niveau et syndrome d'Asperger, 1h à 1h30 par semaine pendant 11 mois, pas de groupe témoin, inclusion des parents, évaluation qualitative et standardisée puis évaluation de la généralisation (Andanson et al., 2011). En 2009, Fritsch

et al. publient une étude sur un GEHS de cinq adolescents et adultes avec autisme. Agés de 16 à 21 ans, ils ont participé à des séances organisées par deux animateurs pendant une heure et demie toutes les semaines durant 11 semaines. La dernière séance était une sortie de groupe. Les séances étaient organisées de la manière suivante : salutation des participants, tour de table sur la semaine passée, thème favorisant la communication, jeux permettant de converser et explications de situations sociales difficiles. Au fil des séances, des liens se sont tissés et certains avaient besoin de moins d'étayage pour prendre la parole. Une évaluation pré et post-intervention a permis de relever une amélioration non significative. Les parents ont répondu à des questionnaires qui révèlent des améliorations dans les thèmes abordés et une modeste généralisation des habiletés dans la vie quotidienne (Fritsch et al., 2009). Les résultats des GEHS prouvent qu'ils sont pertinents pour améliorer la cognition sociale des personnes avec autisme. Néanmoins, le transfert des compétences dans le quotidien de la personne est sujet à controverses.

Depuis quelques années, des « Café Asperger » ou « Café-Rencontre » font leur apparition. Ce sont des rencontres mensuelles organisées dans un café par des associations de personnes avec autisme. Elles sont destinées aux personnes avec TSA ainsi qu'à leur entourage. Autour d'un moment de convivialité, chacun peut échanger et s'informer sur l'autisme (<http://autismeouest22.fr/> ; <https://www.asperger-amitie.com/café-rencontre/> ; <http://aspergeraide.com/index.php>). Ces projets ont pour but d'inscrire les personnes avec autisme dans un réseau social, comme recommandé par la HAS (2011). Cependant, aucune étude scientifique n'existe à ce jour.

### **III. Insertion professionnelle et inclusion sociale**

En France, l'insertion professionnelle et sociale des adultes présentant un TSA-SDI sont limitées bien qu'elles constituent un enjeu majeur au quotidien (Leignier, 2016).

#### **1. Etat des lieux et recommandations**

La « loi Chossy » de 1996 a permis la reconnaissance de l'autisme comme un handicap spécifique et a apporté des aménagements spécifiques (Rogé, 2015). Néanmoins, entre 30 et 52 % des personnes avec TSA-SDI poursuivraient une scolarité ordinaire

jusqu'à la fin du secondaire. Dès le collège, le harcèlement serait en partie responsable du décrochage scolaire. Entre 14 et 39 % d'entre eux poursuivraient des études supérieures et seulement 14 % obtiendraient un diplôme. Selon les études, entre 22 et 44% des individus avec autisme ont accès à un emploi en milieu ordinaire. De la même façon, 22 à 50 % d'entre eux ont accès à un emploi en milieu protégé. Les difficultés se situent aussi bien au moment du recrutement que lors de l'intégration dans l'entreprise. Souvent, les emplois occupés par les personnes avec TSA-SDI sont sous-qualifiés et peu adaptés à leurs compétences. Les personnes avec autisme peinent à conserver leur emploi souvent en raison de leurs troubles des interactions sociales, et ce malgré des compétences avérées. L'intégration dans le monde du travail est ainsi faite de ruptures, ce qui engendre une insécurité financière, peu de possibilités d'évolution et un isolement social marqué parfois accompagné de troubles dépressifs (Leignier, 2016).

D'après les recommandations de la HAS en 2011, l'intégration professionnelle des personnes avec autisme doit respecter leur projet de vie. Des évaluations permettent l'orientation vers un milieu ordinaire ou protégé. Ainsi, les caractéristiques de la personne et ses intérêts seront définis et serviront à l'aménagement du poste. L'environnement de travail doit être adapté aux particularités cognitives de l'adulte avec autisme afin que les tâches puissent être réalisées. Tout d'abord, il faut adapter le rythme de travail en alternant les tâches avec des pauses et procéder à des aménagements du poste grâce à du matériel adapté. L'environnement doit répondre aux spécificités sensorielles de l'adulte avec autisme ; ainsi il faut éviter toute stimulation sensorielle inconfortable. De plus, les consignes des tâches à réaliser doivent être claires, courtes et peu nombreuses. L'enjeu de la tâche doit être explicité et compris ; la personne doit connaître la finalité de son travail. Enfin, un soutien doit être apporté pour favoriser la motivation et l'insertion de l'adulte avec TSA-SDI (HAS, 2011).

## **2. Aides et structures favorisant l'intégration professionnelle**

L'intégration sociale passe par l'indépendance. Ainsi, l'accès à un logement autonome s'accompagne souvent d'aides de l'entourage pour des tâches de la vie quotidienne. En France, dès la sortie du système scolaire, peu de structures sont adaptées aux adultes ayant un TSA-SDI. La plupart du temps, elles s'adressent aux enfants et adolescents ou aux adultes ayant un retard intellectuel. Face au manque de structures

adaptées et à l'inactivité d'un grand nombre de personnes avec autisme, l'entourage familial doit s'occuper de l'accompagnement quotidien (Leignier, 2016).

En France, pour entrer dans un établissement pour adultes, les personnes handicapées doivent avoir au moins 20 ans. L'accueil en Établissement et Service d'Aide par le Travail (ESAT) apporte un soutien médical et social aux adultes handicapés. Les ESAT peuvent proposer un travail aux personnes étant dans l'incapacité de travailler en milieu ordinaire. Mais peu de places existent pour les adultes avec TSA-SDI et peu d'adaptations à leurs spécificités sont mises en place. Par ailleurs, les Services d'Aide à la Vie Sociale (SAVS) assistent et accompagnent les personnes dans le maintien des liens sociaux dans le milieu familial et professionnel. Les Services d'Accompagnement Médico-social pour Adultes Handicapés (SAMSAH) peuvent instaurer un relai avec les partenaires contribuant à l'insertion professionnelle. Malgré la bonne volonté du personnel travaillant auprès d'adultes avec autisme, les structures sont trop collectives, empêchant parfois une insertion sociale personnalisée et proche des besoins quotidiens. De trop nombreux adultes avec autisme ne sont pas pris en charge par ces structures. Ils restent donc souvent à domicile, chez leurs parents (Barthélémy & Bonnet-Brilhault, 2012).

L'insertion professionnelle, lorsqu'elle existe, a souvent lieu en milieu protégé et consiste en un travail répétitif nécessitant peu de prises de décisions et peu d'interactions sociales (Barthélémy & Bonnet-Brilhault, 2012). L'accès à la vie professionnelle en milieu ordinaire nécessite parfois un accompagnement spécifique, appelé « job coaching ». En effet, le monde du travail peut générer de nombreuses situations problématiques pour un adulte avec TSA-SDI. Les conseils donnés lors de ce job coaching se réfèrent aux recommandations de la HAS et visent l'autonomie de la personne (Dionisi, 2013).

## **PARTIE PRATIQUE**

## **I. Problématique et objectifs**

Nous l'avons vu précédemment, les difficultés pragmatiques des adultes avec TSA-SDI impactent leur quotidien. Lorsque les habiletés conversationnelles ne sont pas adaptées au contexte, cela affecte les interactions sociales. Ces difficultés pragmatiques sont en partie responsables de l'isolement dans lequel se retrouvent certains adultes avec autisme. En effet, peu d'entre eux ont des relations sociales et sont insérés professionnellement.

Le Café Autisme est un projet né de la volonté de l'équipe du CRA de Nice de rompre l'isolement de jeunes adultes avec autisme en créant un groupe leur permettant de se rencontrer. Leur constat était que les jeunes adultes ne bénéficiaient pas de prise en charge adaptée alors qu'ils souffraient de leur manque de relations sociales. Ces difficultés à établir des interactions sociales étant en partie liées aux troubles de la pragmatique, nous avons décidé d'étudier cette dernière.

Notre réflexion nous a donc menés à définir la problématique suivante : la création d'un groupe thérapeutique peut-elle avoir un impact sur la pragmatique du langage de personnes adultes ayant des troubles du spectre autistique sans déficience intellectuelle ?

L'hypothèse soutenue était que ce projet, nommé Café Autisme, pouvait améliorer les compétences pragmatiques des participants.

L'objectif principal était de mesurer l'incidence de ce groupe thérapeutique sur la pragmatique de leur langage. Les objectifs secondaires étaient de rompre leur isolement social, de favoriser plus ou moins directement leur insertion professionnelle et d'améliorer leur qualité de vie.

## **II. Matériel et méthode**

### **1. Population de l'étude**

Le protocole a été proposé à cinq jeunes adultes ayant reçu un diagnostic de troubles du spectre autistique au Centre Ressource Autisme (CRA) de Nice. Nous avons procédé à la sélection de la population selon des critères d'inclusion et d'exclusion.

#### Critères d'inclusion :

- Jeune adulte entre 18 et 25 ans
- Diagnostic de TSA posé ou confirmé par le CRA de Nice
- Pas de déficience intellectuelle associée

#### Critères de non inclusion :

- Absence de diagnostic établi
- Présence d'une déficience intellectuelle associée
- Troubles du comportement

#### Critères d'exclusion :

- Non-participation aux évaluations

Cinq participants ont fait partie du projet mais quatre d'entre eux ont été sélectionnés pour faire partie de notre échantillon. Le cinquième participant a été exclu de l'étude en raison d'une impossibilité de participer aux évaluations, bien qu'il ait fait partie intégrante du groupe. Les quatre participants seront décrits dans la partie « Résultats » de notre étude. Dans un souci de confidentialité, seule leur initiale sera utilisée pour les désigner.

## **2. Matériel**

- Bilan GALI

Après de nombreuses recherches, nous n'avons pas trouvé de bilans de la pragmatique spécifiquement adaptés aux adultes avec autisme. Nous avons donc utilisé le bilan GALI (Grille d'Analyse Linguistique d'Interaction libre), élaboré par C. Sainson et H. Guyou en 2016, comme critère de mesure pour notre premier objectif. La GALI est initialement destinée à l'évaluation des habiletés conversationnelles de sujets cérébrolésés mais, en accord avec les éléments de notre partie théorique, nous avons considéré que les items étaient adaptés aux troubles du spectre autistique. Ce logiciel est issu d'un travail de recherche. Il est validé sur 17 patients traumatisés crâniens et normé sur 120 sujets, tous âgés de plus de 18 ans. Le temps de passation est compris entre 10 et 20 minutes, ce qui est suffisant pour nos participants, parfois réticents aux évaluations.

Le déroulement de l'évaluation est le suivant : l'examineur filme le sujet pendant au moins 10 minutes à l'aide d'une caméra puis il remplit une grille d'évaluation grâce au logiciel. Les réponses sont établies en termes de fréquence « toujours, très souvent, souvent, rarement, très rarement, jamais ». Une aide à l'analyse conversationnelle est proposée avec des définitions, des explications et des vidéos. La compréhension et la cotation des items sont ainsi facilitées. A l'issue du test, un score normé est calculé. L'analyse peut être reproduite dans le temps puisqu'il n'y a pas d'effet re-test. Il est nécessaire de converser le plus naturellement possible pour permettre au patient d'élaborer son discours. La situation conversationnelle est écologique et permet la mise en évidence des difficultés pragmatiques tout en conservant le côté naturel d'une conversation.

La GALI propose une analyse des gestes extra-communicatifs mais cette partie ne comporte qu'une seule question et elle n'est pas normée, nous avons donc fait le choix de ne pas l'utiliser. La GALI propose également de filmer et d'observer une conversation entre le sujet et un interlocuteur privilégié comme un parent, mais il ne nous a pas semblé pertinent de l'inclure dans nos passations. En effet, il s'agit d'une situation moins naturelle qui aurait pu mettre mal à l'aise les participants et leurs parents, qui auraient pu se sentir évalués également. De plus, les parents n'avaient pas de plainte quant à leurs interactions avec leur fils. Nous avons donc fait le choix d'utiliser les trois premiers domaines proposés à savoir l'énoncé, l'énonciation et le niveau pragma-interactionnel. Chaque domaine comprend des questions auxquelles l'examineur répond par oui ou non. Lorsque la réponse est négative, d'autres questions apparaissent pour une analyse plus fine.

Le niveau de l'énoncé traite l'acte de production dans sa forme. Ce domaine comprend 6 questions sur :

**-l'intonation** (monotonie, pauses, rôle syntaxique et argumentatif de l'intonation, traduction des sentiments, effets d'ironie/insinuation...)

**-l'intensité, l'articulation et le débit**

**-les détails fournis** (informativité, clarté du discours)

**-la morphologie et la syntaxe** (grammaire)

**-les gestes de la tête et les expressions faciales** (faciès approprié au contenu du discours, ampleur des mouvements faciaux, mimiques de base, rôle des expressions faciales)

**-les gestes coverbaux** (rôle de doublure illustrative (redondance des gestes avec les propos) et fonction connotative (les gestes complètent le discours avec d'autres informations)).

Le niveau de l'énonciation traite l'élaboration du discours. L'examineur analyse ainsi la résultante de l'énonciation au niveau conversationnel. Ce domaine comprend 5 questions sur :

- la structuration interne des idées** (élaboration du discours, harmonie et connexion logique des idées, discours clair, discours succinct et non répété)
- l'authenticité du discours** (sincérité du sujet, véracité des propos, vantardise)
- la posture** (posture détendue, modifications posturales adaptées)
- le regard** en tant que planification discursive (détournement du regard au cours ou après le début de l'énoncé, fixation d'un endroit neutre de stimulation)
- l'activité gestuelle** (rythmée par le débit, gestes coverbaux variés, gestes concrets lors d'un discours descriptif, gestes abstraits lors d'un discours argumentatif).

Le niveau pragma-interactionnel traite le discours dirigé vers l'interlocuteur. L'examineur évalue ainsi le déroulement de l'échange. Ce domaine comprend 12 questions sur :

- l'intonation** (utilisation de l'intonation pour montrer que l'énoncé n'est pas fini, intonation descendante en fin de prise de parole)
- la durée des pauses précédant la prise de parole**
- les chevauchements** (chevauchement de la fin des propos de l'interlocuteur comme signe d'anticipation de la part du récepteur, chevauchements adaptés au cours et à la fin des tours de parole de l'interlocuteur pour dynamiser l'échange)
- les détails fournis** (suffisants ou non)
- la cohérence conversationnelle** (pose de questions, questions appropriées, bon usage des questions posées par l'interlocuteur, intégration des idées à celles de l'interlocuteur, sensibilité aux demandes de clarification)
- la participation verbale à l'interaction** (sujet respectueux, condescendance, familiarité, intérêt pour les propos et intérêts d'autrui, réaction aux initiatives d'autrui, propos égocentrés, contenu du discours approprié, sujet intéressant à écouter, humour manié adroitement, contribution spontanée à la conversation, respect des tours de parole)
- la production de phatiques et de régulateurs oraux et verbaux.** Les phatiques sont des émissions du locuteur qui s'assure de l'attention du récepteur et cherche à rendre son discours intéressant, à réparer des défaillances d'écoute ou des problèmes de compréhension ; ils sont vocaux (intonation) ou verbaux (« tu vois ? »). Les régulateurs sont des réalisations inconscientes du récepteur qui confirme au locuteur qu'il est bien

attentif à l'échange et qu'il comprend le discours ; ils sont vocaux (« humhum ») ou verbaux (« oui », « d'accord »).

**-la production de phatiques non verbaux** (mimique encourageante, expressions faciales, regards et modifications posturales, haussements de sourcils)

**-la production de régulateurs non verbaux** (hochements de tête, mimiques, regards régulateurs, clignements de paupières, sourires encourageants, changements de posture)

**-la posture et la proxémique** (distance proxémique adaptée, changements de postures remplissant les diverses fonctions, variation de la posture selon le sujet de conversation, posture adaptée à la situation sociale, posture du locuteur incitant le récepteur à participer à l'échange, position en miroir par rapport au locuteur, position de retrait et de repos pour le futur récepteur au moment des passages de parole alors que le futur locuteur avance légèrement son buste)

**-gestes de la tête et expressions faciales dirigées vers l'interlocuteur** (mimiques en tant que récepteur et locuteur, sourires en tant que récepteur et locuteur)

**-contribution du regard à l'interaction** (regard fixé sur l'interlocuteur au moment où s'achève l'énoncé, regard en tant que récepteur et locuteur).

- Questionnaire parental

Nous avons par ailleurs créé un questionnaire à destination des parents afin de recueillir leurs retours sur les éventuels bénéfices que le Café Autisme a pu apporter à leur fils. Ce questionnaire subjectif constitue le critère de mesure pour nos objectifs secondaires mais aussi pour notre objectif principal. Le but était d'évaluer quantitativement l'efficacité de notre intervention tout en ayant des éléments qualitatifs. Nous avons choisi de le destiner aux parents car ils sont des partenaires privilégiés de la prise en charge de leur fils et étaient en mesure d'évaluer l'impact éventuel de notre groupe. Nous avons décidé de créer ce questionnaire nous-mêmes car il devait répondre précisément à nos objectifs et être adapté à notre projet. Le temps de passation n'excède pas 10 minutes.

Il se présente sous forme de tableau et comporte un préambule expliquant aux parents l'intérêt de ce questionnaire puis 7 questions pour lesquelles il fallait répondre par « oui », « nuancé » ou « non ». Les parents avaient également la possibilité d'écrire leurs remarques dans la case prévue à cet effet lorsque leur avis était partagé. Nos questions s'appuient sur des fondements théoriques exposés dans la partie théorique de ce mémoire. Les questions posées étaient les suivantes :

- « Les capacités conversationnelles de votre fils se sont-elles améliorées en situation sociale » ?
- « Votre fils est-il davantage en mesure de prendre des initiatives au quotidien ? Est-il plus autonome » ?
- « Ce groupe a-t-il permis la création de liens amicaux entre votre fils et les autres participants » ?
- « Votre fils participe-t-il à davantage d'activités sociales » ?
- « A-t-il pu développer des relations sociales et /ou amicales en dehors du groupe » ?
- « Votre fils est-il davantage épanoui ? A-t-il une meilleure qualité de vie » ?
- « Pensez-vous que le Café Autisme a eu une influence sur l'insertion professionnelle de votre fils » ?

### **3. Méthode**

Nous exposerons dans un premier temps les modalités de déroulement du Café Autisme, étude interventionnelle longitudinale, puis nous développerons les modalités d'évaluation mises en place.

- Le Café Autisme

Le Café Autisme se situe à la croisée de deux expériences antérieures menées par l'équipe du CRA de Nice, à savoir des groupes d'entraînement aux habiletés sociales et un Café Asperger. Afin d'améliorer la pragmatique du langage des participants, nous avons pensé qu'il fallait solliciter les échanges conversationnels entre eux. Nous voulions également que le Café Autisme permette la création de liens entre les participants, liens qui dépasseraient le cadre du groupe. C'est la raison pour laquelle nous avons créé un groupe volontairement restreint de jeunes adultes avec autisme sans déficience intellectuelle. Ce qui est répétitif étant rassurant pour les personnes avec TSA, nous avons choisi un lieu fixe et une fréquence régulière pour nos rendez-vous.

Notre étude a duré 18 mois, d'octobre 2016 à avril 2018, à raison d'une rencontre par mois (un mardi), ce qui fait 18 rendez-vous. La durée d'une rencontre était d'une heure, de 17h45 à 18h45. Nous avons privilégié un protocole sur le long terme afin que les compétences puissent être généralisées au quotidien. Cette durée était également nécessaire pour que des liens amicaux puissent s'établir et que des projets se mettent en place.

Nous avons choisi d'organiser ces rencontres dans une boulangerie/salon de thé de Nice, puisqu'il s'agit d'un lieu écologique et convivial. Nous nous retrouvions à l'étage car il y avait peu de monde et moins de bruit. Toutefois, un bruit ambiant était permanent avec le va-et-vient des clients de la boulangerie.

Par ailleurs, il nous a semblé pertinent d'inclure les parents dans ce projet. Ainsi, alors que les jeunes adultes se réunissaient avec nous (Mme Renaudo, orthophoniste du CRA, Mme Pierron, neuropsychologue du CRA et moi-même, étudiante orthophoniste en 5<sup>ème</sup> année), les parents se réunissaient avec Mme Buquet, assistante sociale du CRA. A chaque rencontre, il y avait donc l'orthophoniste, la neuropsychologue, l'assistante sociale, les 5 participants, les 10 parents (la plupart du temps) et moi-même. Le rôle de l'assistante sociale était de soutenir les projets familiaux ainsi que les projets pouvant naître des jeunes adultes. Elle répondait aussi à des questionnements directs concernant le logement ou les projections dans l'avenir et soutenait toutes les expériences d'autonomisation qui pouvaient naître des participants. L'assistante sociale a également incité les parents à inscrire leur fils dans un réseau social de proximité et elle a amené une réflexion chez chaque parent à propos de la vie future et de l'autonomie de leur fils... Du fait du manque d'autonomie sociale des participants, les parents avaient un rôle de soutien indispensable afin que les projets du groupe voient le jour. Ils relayaient les informations, accompagnaient leur fils durant les sorties et finançaient les activités lorsque celui-ci n'avait pas de revenu.

Globalement, le déroulement des rencontres était le suivant : tout le monde se réunissait devant la boulangerie et lorsque le groupe était complet, les participants allaient commander une pâtisserie et/ou une boisson selon leur envie. Ils étaient alors autonomes et devaient commander puis payer seuls. Toutefois, nous restions à côté d'eux si besoin. Pendant ce temps, les parents s'installaient sur la terrasse extérieure ou au rez-de-chaussée avec l'assistante sociale. Une fois les pâtisseries et boissons servies, les jeunes adultes se retrouvaient à l'étage et la séance pouvait alors débuter.

Nous avons souhaité que nos séances ne soient pas trop ritualisées afin d'éviter que les participants surinvestissent les règles et que ce soit trop cadré. Les interventions habituelles sont souvent très organisées et peu écologiques. Nous avons fait en sorte que ce soit le plus écologique possible en privilégiant la spontanéité des propos et échanges. Aussi, la disposition des participants autour des tables variait à chaque fois. Au début des séances, nous discutons autour des loisirs et des activités de détente de chacun afin de faire émerger

des intérêts communs et fédérateurs. L'objectif était d'organiser des projets de groupe (sorties, loisirs en commun) afin de stimuler les interactions sociales et créer une dynamique de groupe. Au début, nous les accompagnions durant ces sorties. Au fil du temps, nous n'y avons plus participé. A terme, l'objectif était qu'ils organisent directement des sorties ensemble, sans nous consulter. Pour favoriser les échanges entre eux en dehors des séances, nous les avons incités à échanger leur numéro de téléphone et leur adresse mail. Nous avons par ailleurs créé un groupe d'adresses mail pour les parents et un autre pour les participants afin de les tenir informés des prochaines rencontres.

La première séance était un moment de présentation. Chacun a pu se présenter, dire quelles étaient ses occupations, s'il avait un emploi ou un projet professionnel... Les séances qui ont suivi ont abordé divers sujets. Nous essayions de varier les thèmes de conversation et de nous adapter aux périodes (évoquer Noël en décembre, la Saint Valentin en février, les vacances en été...). Lorsqu'un participant évoquait une situation, nous en profitions pour rebondir dessus et évoquer certains thèmes comme l'amitié, les relations amoureuses, le rejet... Nous demandions également aux participants leurs avis et impressions sur les sorties organisées entre deux rencontres. Voici quelques sorties organisées avec ou sans nous : bowling, McDonald's, Laser Game, Festival du jeu vidéo, mini-golf, parcs d'attraction Luna Park et AntibesLand... Au début, les parents les accompagnaient et restaient avec eux. Puis au fur et à mesure, ils se sont réunis de leur côté pendant que les participants étaient autonomes. Aussi, durant les séances, nous faisions en sorte que chacun puisse émettre une idée quant à la prochaine sortie. Il fallait trouver l'activité, avoir l'accord de chacun et prévoir une date, un lieu et une heure de rendez-vous. Lors des séances, notre rôle était de réguler les échanges et de favoriser les tours de parole.

- L'évaluation

Nous avons procédé à une évaluation pré et post Café Autisme grâce au bilan GALI décrit dans la partie précédente sur le matériel utilisé. La durée du bilan était de 15-20 minutes. La première évaluation a eu lieu en novembre 2016 après la séance de présentation du projet et l'évaluation finale a eu lieu en avril 2018. Afin de réduire au maximum les biais, tous les participants ont été évalués le même jour et dans des conditions de passation identiques. Nous avons choisi de réaliser ces évaluations dans une salle du CRA de Nice car c'est un lieu qu'ils connaissent et neutre de toute stimulation. Une autorisation de consentement au droit d'image a été signée au préalable, nous autorisant à filmer au cours

du bilan, à utiliser les images au sein du service et dans le cadre de programmes de recherche. Durant l'évaluation, le participant était seul avec l'examineur.

Par ailleurs, nous avons distribué aux parents notre questionnaire d'évaluation des bénéfices du Café Autisme le jour de l'évaluation finale en avril 2018. Nous avons procédé à quelques explications orales afin d'étayer l'intérêt de ce questionnaire. La durée de passation était d'environ 10 minutes. Nous avons recueilli certains questionnaires le jour-même en mains propres et d'autres nous ont été envoyés par e-mail.

### III. Résultats

- Résultats du bilan GALI avant et après le Café Autisme

Après une brève présentation des participants, nous allons exposer les résultats qu'ils ont obtenus à la GALI. Afin de minimiser la subjectivité de ce test et d'avoir la même échelle de cotation, les deux premières analyses des résultats ont été réalisées en binôme.

Les graphiques de gauche concernent les résultats avant le Café Autisme, ceux de droite les résultats après le Café Autisme. Pour chaque participant, il y a deux graphiques (un avant, un après) par domaine (énoncé, énonciation, pragma-interactionnel). Au total, 107 items ont été analysés mais tout ne sera pas détaillé. En effet, l'ensemble des points abordés et leur cotation sont regroupés dans un tableau (annexe 1) ; les consulter permet d'avoir une idée précise et exhaustive des résultats obtenus à chaque item et pour tous les domaines.

Chaque résultat a été analysé en termes de fréquence, dont le détail apparaît ci-dessous.

■ 0 ■ 1 ■ 2 ■ 3 ■ 4 ■ 5

0 : la compétence apparaît toujours

1 : la compétence apparaît très souvent

2 : la compétence apparaît souvent

3 : la compétence apparaît rarement

4 : la compétence apparaît très rarement

5 : la compétence n'apparaît jamais

Entre 0 et 2, les compétences sont considérées comme normales. Entre 3 et 5, les compétences sont considérées comme pathologiques. Néanmoins, une compétence qui passerait de 5 (jamais) à 4 (très rarement) ou bien à 3 (rarement) constitue un progrès en soi, même si cela reste pathologique. De la même façon, l'objectif est de diminuer le pourcentage de 5, de 4 et de 3 et d'augmenter le pourcentage de 2 et de 1. Mais l'augmentation du pourcentage de 4 ou de 3 ne signe pas automatiquement une régression. En effet, cette augmentation se fait au bénéfice d'une diminution du pourcentage de 5, et signifie que la compétence est en progrès. Par ailleurs, de nombreux écarts-types (ET) sont restés inchangés malgré des progrès entre les deux évaluations.

- **Présentation de R.**

R. était âgé de 21 ans et 6 mois au début de notre étude. Un diagnostic de TSA a été posé dans l'enfance et a été confirmé par le CRA de Nice lors de sa première consultation, à 16 ans. Le langage s'est développé tardivement. Un bilan orthophonique réalisé à l'âge de 5 ans fait mention d'un retard de langage et de parole. Il a désormais un langage très fluent et spontané, avec un vocabulaire riche et un registre soutenu. Toutefois, des difficultés syntaxiques persistent et il a tendance à employer des néologismes (mots inventés). R. a une compréhension très littérale et rigide du langage : par exemple, il ne comprend pas que l'un des participants veuille changer sa garde-robe alors qu'il ne porte pas de robes. Il comprend et emploie difficilement le second degré mais il fait des jeux de mots. La réciprocité conversationnelle est problématique. Toutefois, il a beaucoup d'initiatives de communication. R. avait des difficultés à se faire des copains et souhaitait rompre son isolement en établissant des relations sociales. Plus jeune, il a bénéficié d'une prise en charge psychologique et d'un traitement adapté à son état dépressif. R. est un jeune homme hypersensible. Il est très organisé et méthodique ; tout changement lui est difficile.

Après un cursus en Unité Localisée pour l'Inclusion Scolaire (ULIS) spécialisée dans les TSA, R. n'a jamais pu accéder à un emploi. Il a été écarté, après un mois d'essai, d'une entreprise adaptée pour personnes avec TSA. Pourtant, R. a très envie de travailler et multiplie les expériences professionnelles. Il s'intéresse à l'infographie et à la programmation informatique mais rares sont les opportunités. De plus, il a besoin d'un cadre de travail protégé. Durant 6 mois, il a effectué un stage rémunéré dans une bibliothèque dans le cadre du Service Civique.

Il vit au domicile de ses parents. Lorsqu'il a du temps libre, il joue aux jeux vidéo ou aux échecs, lit des BD et pratique la natation. Mais il a peu d'activités extérieures.

- **Résultats de R.**

Comme précisé ci-dessus, R. a débuté un stage dans une bibliothèque dès décembre 2017. Se sentant très occupé et fatigué, il a décidé de ne plus venir aux séances organisées. R. nous a confié qu'il ne parvenait pas à gérer son stage, les tâches ménagères au domicile de ses parents et ses activités personnelles. Ayant un fonctionnement très rigide, cette nouvelle organisation l'a perturbé et il a préféré ne plus participer aux rencontres. Il n'a donc pas assisté aux cinq dernières séances mais a accepté de revenir pour l'évaluation finale.

✓ Résultats pour l'énoncé

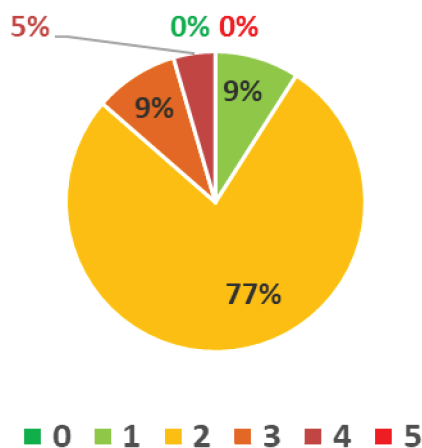


Figure 1 : Enoncé avant Café Autisme (R.)

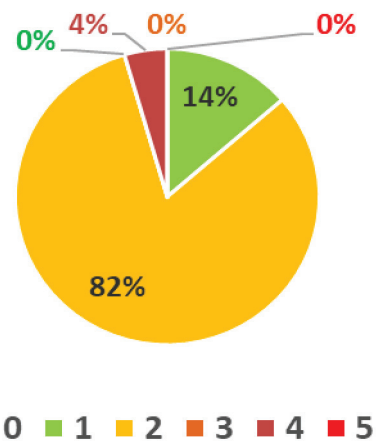


Figure 2 : Enoncé après Café Autisme (R.)

Les résultats de la GALI situent R. à -0.361 ET de la moyenne, avant et après le Café Autisme. Il avait déjà de bonnes compétences dans ce domaine mais a tout de même progressé, passant de 9% à 0% de 3, de 77% à 82% de 2 et de 9% à 14% de 1. L'articulation, l'intensité et l'intonation sont corrects. Avant le Café Autisme, R. donnait trop de détails dans son discours ; cette compétence s'est améliorée. Son débit était un peu rapide mais il s'est normalisé. La morphologie et la syntaxe sont adaptées, les gestes de la tête et les expressions faciales également. R. utilise les gestes coverbaux à bon escient. Sur un total de 22 items, il est passé de 3 items pathologiques à un seul. L'évolution est donc faible.

✓ Résultats pour l'énonciation

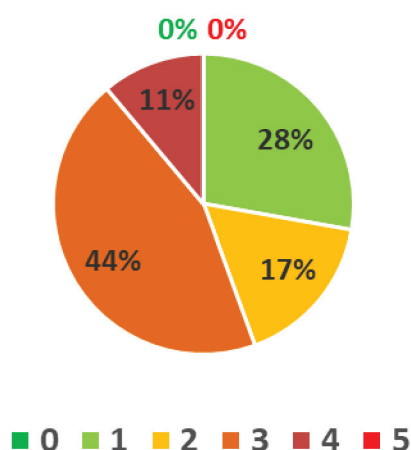


Figure 3 : Enonciation avant Café Autisme (R.)

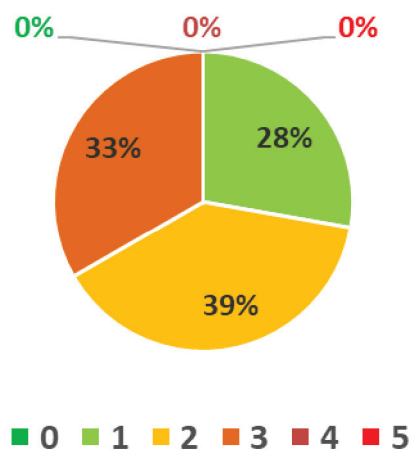


Figure 4 : Enonciation après Café Autisme (R.)

Les résultats de la GALI le situent à -5,64 ET de la moyenne, avant et après le Café Autisme. R. est passé de 11% à 0% de 4, de 44 % à 33% de 3 et de 17% à 39% de 2. Lors de l'évaluation initiale, R. avait surtout des difficultés à structurer ses idées (discours automatique, suite des idées non harmonieuse, idées non logiquement connectées, discours complexifié, informations répétées). L'évaluation terminale indique que son discours est plus élaboré, moins plaqué et plus clair. R. est détendu lorsqu'il s'exprime mais il varie peu ses postures. Son regard est adapté. En revanche, son activité gestuelle est faible. Il a progressé : ses gestes sont davantage en rythme avec son débit verbal et son débit gestuel est adapté. Sur un total de 18 items, il est passé de 10 à 6 items pathologiques pour ce domaine et a donc normalisé certaines de ses compétences.

✓ Résultats pour la pragmatique

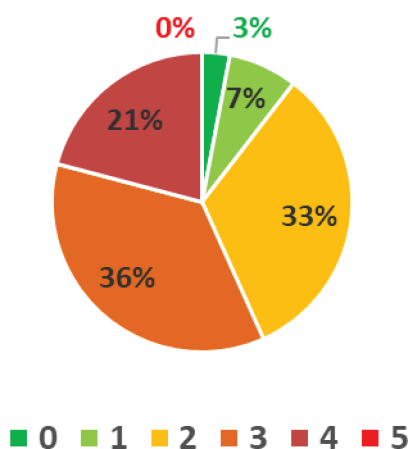


Figure 5 : Pragmatique avant Café Autisme (R.)

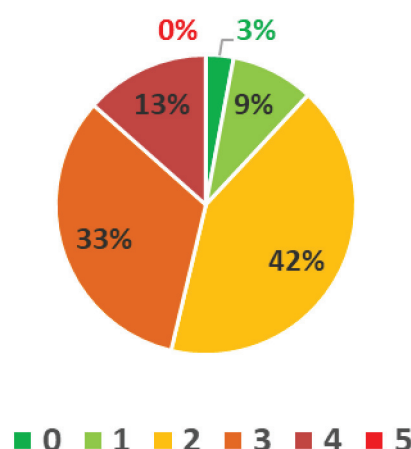


Figure 6 : Pragmatique après Café Autisme (R.)

Les résultats de la GALI situent R. à -7,27 ET de la moyenne, avant et après le Café Autisme. Il est passé de 21% à 13% de 4, de 36% à 33% de 3, de 33% à 42% de 2 et de 7% à 9% de 1. L'intonation est adaptée aux propos. Les pauses avant la prise de parole sont suffisamment courtes. L'évaluation finale révèle qu'il chevauche moins la fin des propos d'autrui et respecte davantage les tours de parole. De même, il fournit moins de détails abusifs. La cohérence conversationnelle est adaptée : R. pose des questions appropriées, répond correctement aux questions d'autrui et intègre davantage ses idées à celles des autres. Concernant sa participation verbale à l'interaction, R. porte un peu plus d'intérêt aux propos d'autrui mais ne se soucie pas des intérêts d'autrui. Il a encore tendance à diriger la conversation et à avoir des propos égocentrés. R. manipule l'humour, particulièrement les jeux de mots faciles. Il participe spontanément aux conversations. Les phatiques et régulateurs oraux et verbaux sont rarement adaptés, les phatiques non verbaux également (il a rarement une mimique encourageante, des expressions faciales ou un regard facilitateurs...). Les régulateurs non verbaux sont rarement voire très rarement appropriés ; en tant que récepteur, R. ne produit pas de regards, gestes, expressions faciales, sourires, ou postures facilitateurs. Par ailleurs, il sait adopter une juste distance proxémique avec son interlocuteur et il change de postures selon les sujets et la situation sociale. En revanche, ces changements de posture n'ont pas de valeur incitatrice. Les gestes de la tête et les expressions faciales (mimiques, sourires) sont très souvent adaptés, aussi bien en position de locuteur que de récepteur. Enfin, la place du regard dans l'interaction est un peu meilleure par rapport à l'évaluation initiale : R. fixe encore trop souvent son interlocuteur en fin d'énoncé mais il est adapté par ailleurs et participe davantage à l'interaction. Sur un total de 67 items, R. a progressé et est passé de 38 à 31 items pathologiques pour ce domaine. Il a donc normalisé sept de ses compétences pragmatiques.

- **Présentation de J.**

J. était âgé de 23 ans et 2 mois au début de l'étude. Il a reçu un diagnostic de trouble du spectre autistique sans déficience intellectuelle à l'âge de 11 ans. Il présente des stéréotypies gestuelles (mouvements des mains) et des intérêts restreints concernant le football, les voitures et Star Wars. Le langage s'est développé tardivement, à l'âge de 4 ans. Lors de l'évaluation, le médecin a noté un trouble articulaire, la présence d'écholalies et

de coq-à-l'âne, des troubles syntaxiques et une confusion des pronoms personnels. J. a une compréhension très littérale du langage. Il présente un trouble de la communication avec déficit de la réciprocité conversationnelle ; il a besoin de stimulation pour s'exprimer. Lorsqu'il parle, son regard est le plus souvent dirigé vers le sol. J. a toujours fait part de son envie de créer des liens sociaux et d'avoir des relations amicales.

Il travaille en milieu ordinaire. Après quatre années d'apprentissage dans ce même lieu de travail, il a obtenu un CDI et travaille 20 heures par semaine. Il a pour mission de préparer des plateaux-repas pour des compagnies aériennes. J. ne bénéficie pas d'adaptations spécifiques à ses troubles. Il travaille toutes les matinées de manière intensive et répétitive. Il dit bien s'entendre avec ses collègues de travail.

J. vit au domicile de ses parents. Il pratique l'équitation depuis plusieurs années. Il apprécie également les jeux vidéo, l'ordinateur et aime regarder le football à la télévision.

### • Résultats de J.

✓ Résultats pour l'énoncé

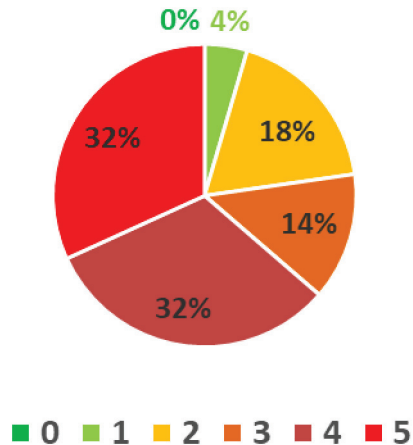


Figure 7 : Enoncé avant Café Autisme (J.)

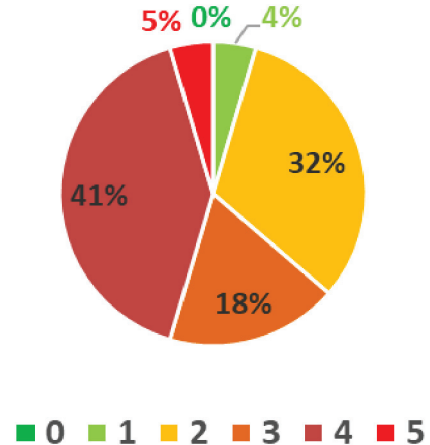


Figure 8 : Enoncé après Café Autisme (J.)

Les résultats de la GALI situent J. à -3,25 ET avant et -2,28 ET après le Café Autisme. Il est passé de 32% à 5% de 5, de 32% à 41% de 4, de 14% à 18% de 3 et de 18% à 32% de 2. Il a d'importantes difficultés avec l'intonation : elle est monotone, traduit très rarement ses sentiments et n'est jamais utilisée pour l'ironie. L'articulation est rarement claire. Le débit est plus adapté lors de l'évaluation finale, J. parle posément. L'intensité est correcte. Avant le Café Autisme, J. donnait toujours trop détails dans son discours, désormais il en donne souvent mais cela perturbe moins le discours. La morphologie et la

syntaxe sont rarement adaptées. Les gestes de la tête et les expressions faciales étaient très problématiques pour J. Elles le sont désormais moins : son faciès est plus approprié à son discours et l'ampleur de ses mouvements faciaux est plus adaptée. Les mimiques émotionnelles restent rares et les expressions faciales illustrent très rarement les propos. J. utilise occasionnellement les gestes coverbaux. Sur un total de 22 items, il est passé de 17 à 14 items pathologiques pour ce domaine, l'évolution est donc faible.

✓ Résultats pour l'énonciation

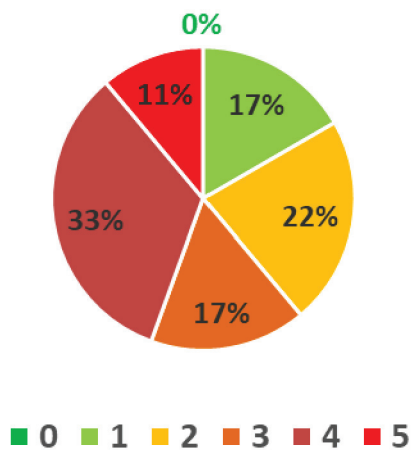


Figure 9 : Enonciation avant Café Autisme (J.)

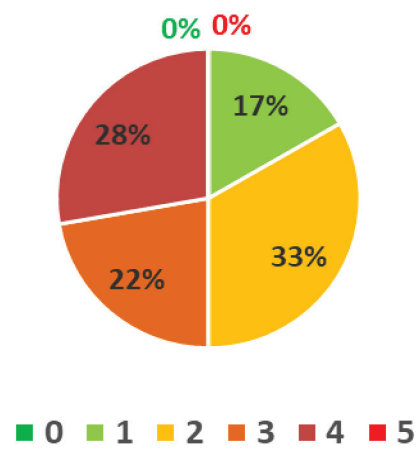


Figure 10 : Enonciation après Café Autisme (J.)

Les résultats de la GALI situent J. à -7,74 ET de la moyenne, avant et après le Café Autisme. Il est passé de 11% à 0% de 5, de 33% à 28% de 4, de 17 % à 22% de 3 et de 22% à 33% de 2. Il a des difficultés à structurer ses idées (discours automatique, suite des idées non harmonieuse, idées non logiquement connectées, discours complexifié quoi qu'un peu plus clair qu'au début du Café Autisme). J. est détendu lorsqu'il s'exprime et il varie ses postures. L'évaluation finale indique que son regard est davantage adapté. En effet, il détourne plus son regard après le début d'un énoncé et lorsque l'énoncé est long. En revanche, son activité gestuelle est très faible bien qu'un peu plus variée. Les gestes sont très rarement en rythme avec le débit verbal, le débit gestuel rarement adapté et les gestes coverbaux légèrement plus variés. Il emploie rarement des gestes concrets lors d'un discours descriptif et très rarement des gestes abstraits en cas de discours argumentatif. Sur un total de 18 items, J. est passé de 11 à 9 items pathologiques pour ce domaine, l'évolution est donc faible.

✓ Résultats pour la pragmatique

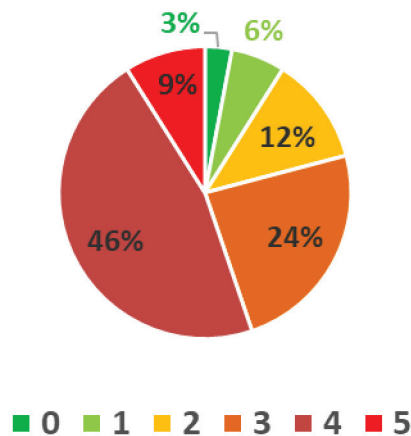


Figure 11 : Pragma-tique avant Café Autisme (J.)

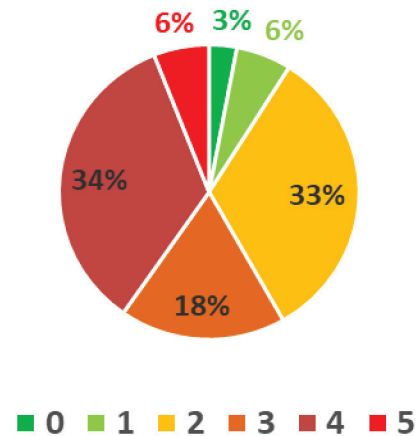


Figure 12 : Pragma-tique après Café Autisme (J.)

Les résultats de la GALI situent J. à -9,30 ET de la moyenne, avant et après le Café Autisme. Il est passé de 9% à 6% de 5, de 46% à 34% de 4, de 24% à 18% de 3 et de 12% à 33% de 2. L'intonation est très rarement utilisée pour montrer qu'il a fini de s'exprimer mais elle est plus descendante en fin de discours qu'auparavant. Les pauses avant la prise de parole sont suffisamment courtes. Il chevauche très souvent la fin des propos d'autrui et respecte rarement les tours de parole. Il fournit moins de détails abusifs. La cohérence conversationnelle s'est également améliorée : J. pose désormais plus de questions appropriées et répond correctement aux questions d'autrui. Il intègre davantage ses idées à celles des autres bien que cela reste rare. Concernant sa participation verbale à l'interaction, J. porte un peu plus d'intérêt aux propos d'autrui et se soucie des intérêts d'autrui. Il a encore très souvent des propos égocentrés. L'humour est très rarement manié adroitement. Il participe spontanément aux conversations alors que durant les deux premières séances, J. sollicitait l'une des intervenantes pour s'exprimer ; nous devons dire au groupe qu'il souhaitait parler. Par ailleurs, les phatiques et régulateurs oraux et verbaux sont très rarement adaptés, les phatiques non verbaux également (il a très rarement voire jamais une mimique encourageante, des expressions faciales ou un regard facilitateurs...). Les régulateurs non verbaux sont rarement voire très rarement appropriés ; en tant que récepteur, J. ne produit pas de regards, gestes, expressions faciales, sourires, ou postures facilitateurs. En revanche, il sait adopter une juste distance proxémique avec son interlocuteur mais change rarement de posture en fonction des sujets et de la situation sociale. Les gestes de la tête et les expressions faciales (mimiques, sourires) sont très souvent adaptés, aussi bien en position de locuteur que de récepteur. Les mimiques continues en tant que récepteur sont toutefois plus rares. Enfin, la place du regard dans

l'interaction est partagée : J. fixe trop souvent son interlocuteur en fin d'énoncé mais il est adapté par ailleurs et participe davantage à l'interaction. Sur un total de 67 items, J. a bien progressé et est passé de 53 à 39 items pathologiques pour ce domaine. Il a donc normalisé quatorze de ses compétences pragmatiques.

- **Présentation de C.**

C. était âgé de 21 ans et 5 mois au début de l'étude. Il était suivi depuis l'âge de 3 ans pour des troubles globaux du développement (retard de langage, trouble de la communication, déficit attentionnel, troubles exécutifs, lenteur idéatoire et idéomotrice, dyspraxie). Le diagnostic de trouble du spectre autistique a été posé à l'âge de 17 ans. Le langage est apparu tardivement, aux alentours de 3 ans et demi. Ses connaissances étaient encyclopédiques. C. présente un bégaiement qui s'intensifie lorsqu'il est ému ou énervé. Son langage oral est laborieux et fait de circonlocutions ; il est de ce fait très difficile à suivre. Un bilan orthophonique effectué en 2012 a révélé un trouble de la pragmatique. C. initie la conversation uniquement pour parler de lui. Son regard est fixe. Il avait des difficultés à se faire des copains et se sentait mieux avec les adultes. Il maîtrise difficilement les codes sociaux mais est en demande de relations sociales et amoureuses. Des éléments anxiodépressifs sont apparus, C. bénéficie depuis d'une prise en charge psychologique et médicamenteuse. Il présente des intérêts et croyances très envahissants, affirmant notamment qu'à son âge il faut trouver une femme et fonder une famille ou bien que pour séduire une femme, il faut « une garde-robe de drague ».

Depuis l'arrêt de son CAP boulangerie-pâtisserie, C. a un emploi protégé dans un ESAT (Etablissement et Service d'Aide par le Travail). Il est agent d'entretien à temps plein pour une Maison d'Accueil Spécialisée (MAS) et dit bien s'entendre avec certains de ses collègues. C. vit actuellement chez ses parents, mais après un essai concluant de plusieurs semaines au sein d'un foyer d'hébergement, il le rejoindra durablement dès septembre 2018. Il s'agit d'un établissement assurant l'hébergement et l'entretien de personnes adultes handicapées exerçant une activité professionnelle la journée. C. est un jeune homme plutôt autonome. Il possède et conduit une voiture sans permis, ce qui lui permet une relative liberté dans ses déplacements.

C. s'occupe en jouant aux jeux vidéo, en pratiquant la musculation dans une salle de sport et en prenant des cours de piano et de danse. La musculation et la danse sont pour lui des moyens d'essayer de plaire aux jeunes femmes.

- **Résultats de C.**

✓ Résultats pour l'énoncé

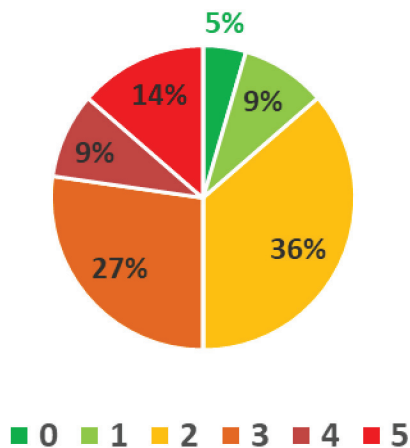


Figure 13 : Enoncé avant Café Autisme (C.)

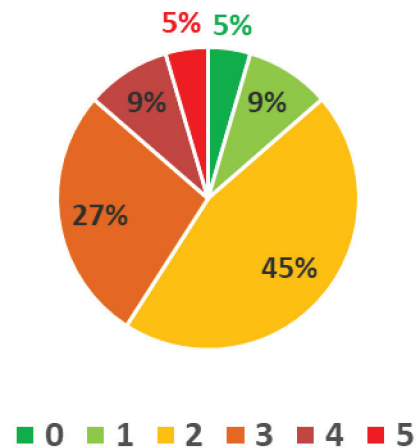


Figure 14 : Enoncé après Café Autisme (C.)

Les résultats de la GALI situent C. à -3,25 ET avant et -1,32 ET après le Café Autisme. Il est passé de 14% à 5% de 5 et de 36% à 45% de 2, les autres pourcentages n'ont pas évolué. Il a d'importantes difficultés avec l'intonation : elle était toujours monotone avant, elle l'est souvent maintenant. Les pauses dans son discours sont très souvent trop longues. L'intonation traduit ses sentiments mais n'est pas utilisée pour l'ironie. L'intensité de sa voix est correcte mais l'articulation n'est pas toujours claire. Le débit de C. est toujours trop lent et le rythme non dynamique. Il fait des phrases extrêmement longues avec des circonlocutions, ce qui perturbe son discours. Il donne trop de détails. La morphologie et la syntaxe sont adaptées. C. obtient de meilleurs résultats concernant les gestes de la tête et les expressions faciales : son faciès est plus approprié au contenu discursif et ses mouvements faciaux sont moins amplifiés. Les mimiques émotionnelles sont présentes, les expressions faciales illustrent les propos et les gestes de la tête ponctuent le discours. Néanmoins, C. utilise rarement les gestes coverbaux. Sur un total de 22 items, il est passé de 11 à 9 items pathologiques pour ce domaine, l'évolution est donc faible.

✓ Résultats pour l'énonciation

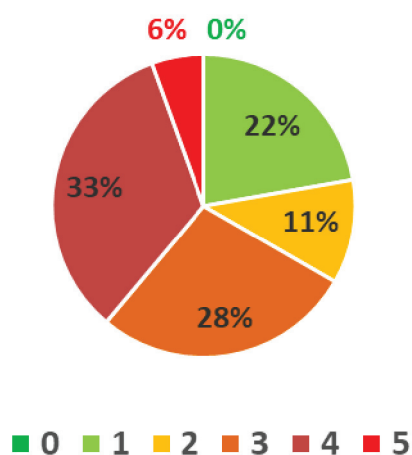


Figure 15 : Enonciation avant Café Autisme (C.)

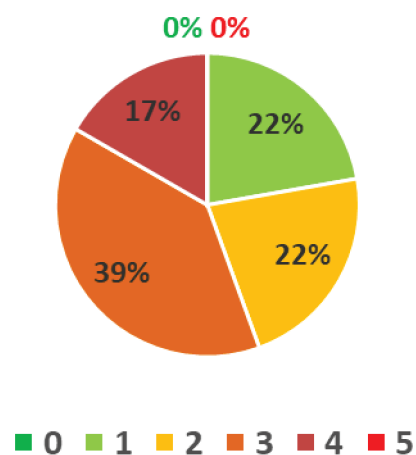


Figure 16 : Enonciation après Café Autisme (C.)

Les résultats de la GALI situent C. à -9,83 ET de la moyenne, avant et après le Café Autisme. Il est passé de 6% à 0% de 5, de 33% à 17% de 4, de 28 % à 39% de 3 et de 11% à 22% de 2. Il a des difficultés à structurer ses idées (discours souvent automatique, complexifié et long) mais elles sont logiquement connectées. Sa posture est plus détendue. Son regard est plus adapté : il le détourne après le début d'un énoncé et lorsque l'énoncé est long. Son activité gestuelle est très faible bien que plus variée qu'auparavant. Les gestes sont rarement rythmés par le débit verbal. Le débit gestuel est plus adapté et les gestes coverbaux plus variés. Il emploie rarement des gestes concrets lors d'un discours descriptif et des gestes abstraits lors d'un discours argumentatif. Sur un total de 18 items, J. est passé de 12 à 10 items pathologiques pour ce domaine, l'évolution est donc faible.

✓ Résultats pour la pragmatique

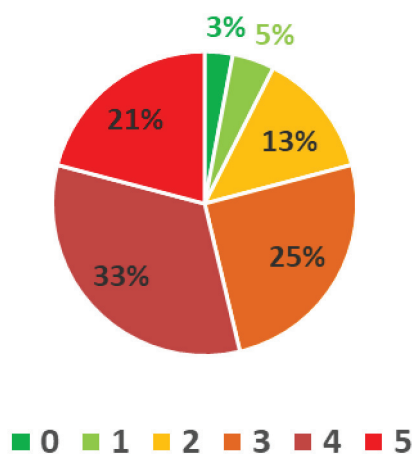


Figure 17 : Pragmatique avant Café Autisme (C.)

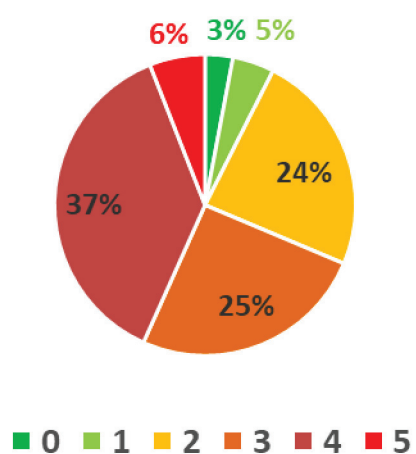


Figure 18 : Pragmatique après Café Autisme (C.)

Les résultats de la GALI situent C. à -9,30 ET de la moyenne, avant et après le Café Autisme. Il est passé de 21% à 6% de 5, de 33% à 37% de 4 et de 13% à 24% de 2. L'intonation est souvent utilisée pour montrer qu'il a fini de s'exprimer et plus descendante en fin de discours qu'auparavant. Les pauses avant la prise de parole étaient toujours longues avant le Café Autisme, elles le sont moins même si cela reste gênant. Il chevauche très souvent la fin des propos d'autrui et respecte rarement les tours de parole. Son discours est toujours constitué de détails abusifs. La cohérence conversationnelle s'est un peu améliorée : il répond mieux aux questions d'autrui et apprend à intégrer ses idées à celles des autres. Concernant sa participation verbale à l'interaction, C. se soucie davantage des intérêts et propos d'autrui mais cela reste rare. Il a très souvent des propos égocentrés. L'humour est très rarement manié adroitement. C. participe spontanément aux conversations. En revanche, les phatiques et régulateurs oraux et verbaux sont très rarement adaptés, les phatiques non verbaux également (il a très rarement voire jamais une mimique encourageante, des expressions faciales ou un regard facilitateurs...). Les régulateurs non verbaux sont très rarement appropriés. En revanche, il sait adopter une juste distance proxémique avec son interlocuteur. C. change trop rarement de posture. Il parvient à mieux adapter sa posture selon les sujets et la situation sociale. Les gestes de la tête et les expressions faciales sont très souvent adaptés. Enfin, il fixe trop souvent son interlocuteur en fin d'énoncé mais son regard est adapté par ailleurs et participe à l'interaction. Sur un total de 67 items, C. a progressé et est passé de 53 à 46 items pathologiques pour ce domaine. Sept de ses compétences pragmatiques se sont donc normalisées.

- **Présentation de O.**

O. était âgé de 21 ans et 9 mois au début de notre étude. Il a reçu un diagnostic de trouble du spectre autistique sans déficience intellectuelle à l'âge de 17 ans. Il avait un intérêt électif pour la botanique et les animaux. On note une apparition tardive du langage. O. a un déficit de la communication avec manque de réciprocité conversationnelle et hypospontanéité verbale. Il semble absent mais est toujours souriant. Il n'interagit qu'avec R., le cinquième participant du groupe ne faisant pas partie de l'étude. Tous deux se connaissaient avant la création du groupe puisqu'ils sont allés dans la même ULIS. Ensemble, ils parlent uniquement de zombies. Sinon, O. ne participe à aucune conversation

sauf si on le sollicite directement. Son discours est peu informatif et il répond souvent par des mots isolés aux questions fermées. Il a toujours été isolé, depuis la crèche jusqu'au lycée. Au moment de l'évaluation, le médecin a relevé un fond dépressif lié à ses troubles relationnels. O. avait une forte demande d'échanges et de relations sociales. Une prise en charge psychologique et la prise de médicaments ont été mises en place.

D'un point de vue professionnel, O. a eu un emploi salarié de quelques mois dans la blanchisserie d'un hôtel, mais son contrat à durée déterminée a pris fin. Il est sans activité professionnelle mais est à la recherche d'un emploi qui pourrait lui permettre d'être en contact avec des animaux.

O. vit au domicile de ses parents. Pour s'occuper, il joue aux jeux vidéo, fait du sport, notamment de la musculation dans une salle de sport, et apprécie les ballades familiales.

### • Résultats de O.

✓ Résultats pour l'énoncé

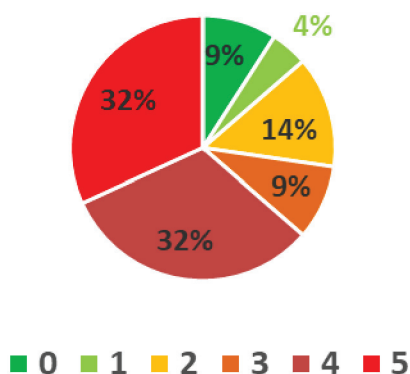


Figure 19 : Enoncé avant Café Autisme (O.)

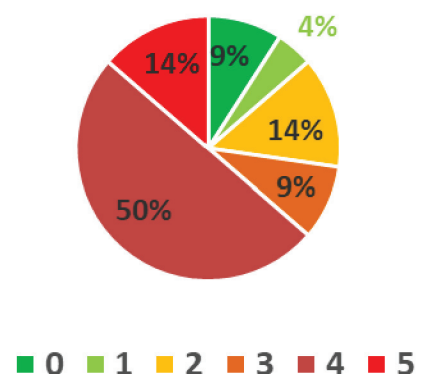


Figure 20 : Enoncé après Café Autisme (O.)

Les résultats de la GALI situent O. à -3,25 ET avant et -2,28 ET après le Café Autisme. Il est passé de 32% à 14% de 5, de 32% à 50% de 3. Il a d'importantes difficultés avec l'intonation : en effet, elle est monotone, ne traduit jamais ses sentiments et n'est que très rarement utilisée pour l'ironie. L'intensité était extrêmement faible avant le Café Autisme. C'est toujours le cas malgré une légère amélioration. L'articulation est rarement claire. Le débit est trop lent. O. ne donne aucun détail lorsqu'il parle et répond la plupart du temps par « oui » ou « non ». Il n'étaye que très rarement ses propos. La morphologie et la syntaxe sont adaptées. Les gestes de la tête et les expressions faciales sont globalement

adaptés. O. est très souriant mais son faciès n'est pas toujours approprié au discours. Les gestes de la tête ponctuent très rarement les propos. O. utilise occasionnellement les gestes coverbaux. Sur un total de 22 items, il conserve le même nombre d'items pathologiques pour ce domaine, soit 16. Cela signe donc une évolution superficielle, n'allant pas dans le sens d'une normalisation de ses compétences.

✓ Résultats pour l'énonciation

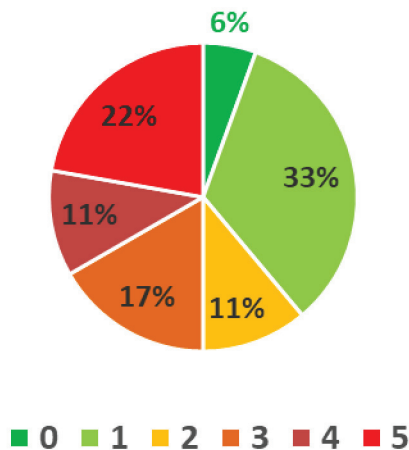


Figure 21 : Enonciation avant Café Autisme (O.)

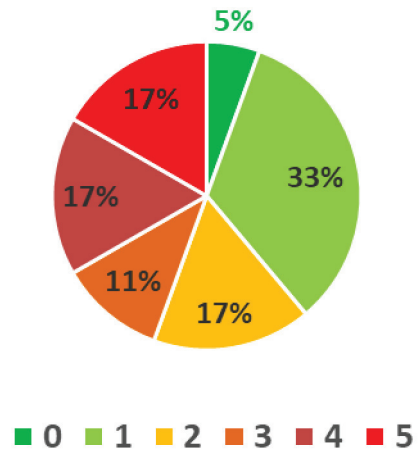


Figure 22 : Enonciation après Café Autisme (O.)

Les résultats de la GALI situent O. à -9,83 ET de la moyenne, avant et après le Café Autisme. Il est passé de 22% à 17% de 5, de 11% à 17% de 4, de 17 % à 11% de 3 et de 11% à 17% de 2. Il a des difficultés à structurer ses idées (discours peu élaboré, suite des idées non harmonieuse, idées non logiquement connectées). Le discours est extrêmement succinct. L'évaluation finale révèle que O. est davantage détendu lorsqu'il s'exprime ; auparavant il semblait stressé et tendu. Il modifie ses postures à bon escient. Le regard est très souvent adapté : il détourne le regard après le début d'un énoncé, le détourne vers un endroit neutre la plupart du temps et lorsque l'énoncé est long. En revanche, son activité gestuelle est très faible. Les gestes sont très rarement en rythme avec le débit verbal, le débit gestuel très rarement adapté et les gestes coverbaux jamais variés. Il n'emploie pas de gestes concrets lorsque le discours est descriptif ou de gestes abstraits en cas de discours argumentatif. Sur un total de 18 items, O. est passé de 9 à 8 items pathologiques pour ce domaine. Ses résultats ne permettent pas de mettre en évidence une évolution allant dans le sens d'une normalisation de certaines de ses compétences.

✓ Résultats pour la pragmatique

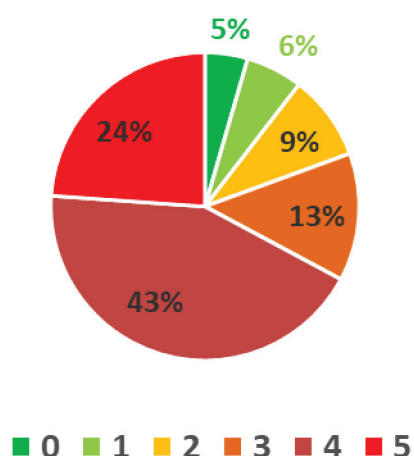


Figure 23 : Pragma-tique avant Café Autisme (O.)

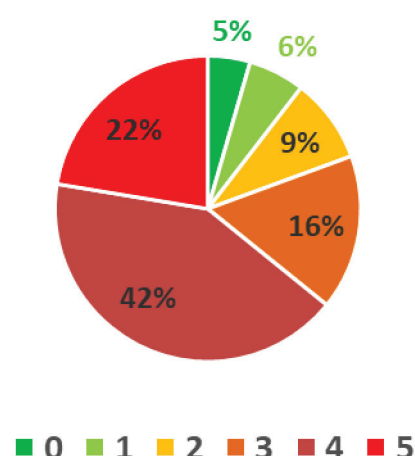
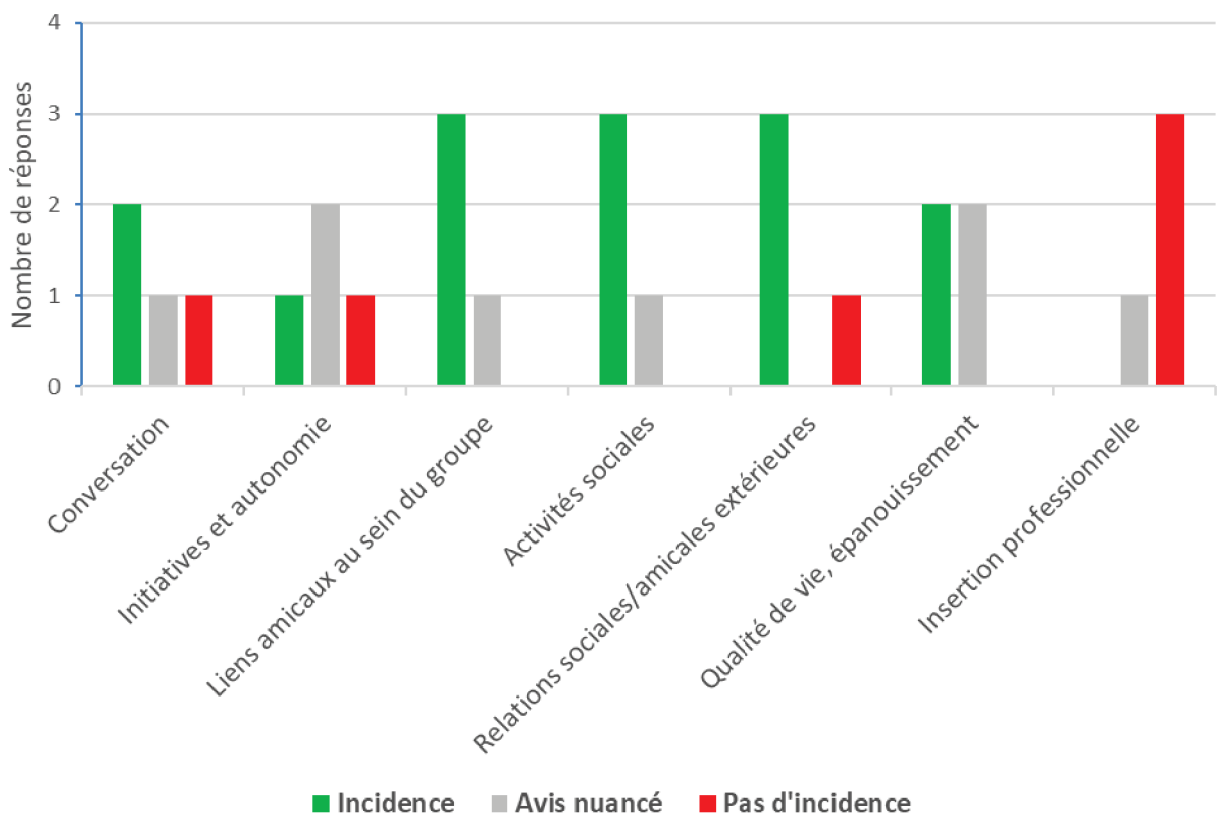


Figure 24 : Pragma-tique après Café Autisme (O.)

Les résultats de la GALI situent O. à -9,30 ET de la moyenne, avant et après le Café Autisme. Les pourcentages sont sensiblement les mêmes, à 2-3 % près. L'intonation est très rarement utilisée pour montrer qu'il a fini de s'exprimer et très rarement descendante en fin de discours. Les pauses avant la prise de parole sont rarement courtes. Il ne chevauche jamais la fin des propos d'autrui. Il ne fournit jamais trop de détails abusifs. La cohérence conversationnelle ne s'est pas améliorée : O. ne pose toujours pas de questions et ne répond souvent aux questions d'autrui qu'après plusieurs relances. Il réagit davantage aux demandes de clarification qu'au début. Il intègre plus ses idées à celles des autres bien que cela reste rare. Concernant sa participation verbale à l'interaction, O. ne porte que très rarement voire jamais d'intérêt aux propos d'autrui et ne se soucie pas non plus des intérêts d'autrui. Ses propos sont égo-centrés dans le sens où il s'exprime que pour des choses le concernant. L'humour est très rarement manié adroitement. La plus importante problématique de O. est qu'il ne participe que très rarement spontanément aux conversations. Il a besoin d'être stimulé. Par ailleurs, O. produit très rarement voire jamais de phatiques et régulateurs oraux et verbaux. Il en est de même pour les phatiques non verbaux (il a très rarement une mimique encourageante, des expressions faciales ou un regard facilitateurs...). Les régulateurs non verbaux sont rarement voire très rarement appropriés ; en tant que récepteur, O. ne produit pas de regards, gestes, expressions faciales, sourires, ou postures facilitateurs. Il est toujours souriant mais ses sourires n'ont pas de fonction facilitatrice ou encourageante. Il sait adopter une juste distance proxémique avec son interlocuteur. Il change rarement de posture selon les sujets mais un peu plus selon la situation sociale. Les gestes de la tête et les expressions faciales (mimiques, sourires) sont

très souvent adaptés, aussi bien en position de locuteur que récepteur. Les mimiques continues en tant que récepteur sont toutefois plus rares. Enfin, le regard dans l'interaction est adapté : il fixe néanmoins un peu trop souvent son interlocuteur en fin d'énoncé. Le regard participe rarement à l'interaction. Sur un total de 67 items, O. a conservé le même nombre d'items pathologiques pour ce domaine, soit 54. Cela signifie que ses compétences pragmatiques ont très peu évolué et qu'aucune compétence ne s'est normalisée.

- Résultats des questionnaires parentaux



**Figure 25 : Avis des parents sur l'incidence du Café Autisme**

Parmi les quatre couples de parents, deux ont considéré que le Café Autisme avait permis une amélioration des capacités conversationnelles de leur fils en situation sociale. Un couple a eu un avis nuancé et le dernier a considéré qu'il n'y avait pas eu d'impact.

Concernant la prise d'initiatives au quotidien et l'autonomie, deux couples de parents étaient partagés, un couple a observé des changements positifs et le dernier n'a pas

remarqué de changement, précisant que leur fils ne faisait pas d'effort pour être autonome au domicile.

La création de liens amicaux au sein du groupe et la participation à davantage d'activités sociales sont deux domaines pour lesquels trois couples sur quatre ont observé une amélioration. Le couple de parents dont l'avis était nuancé pour les liens amicaux a précisé que leur fils était impatient de venir aux rencontres organisées mais que la création de liens nécessitait davantage de temps.

Pour trois couples de parents sur quatre, leur fils a pu développer des relations sociales et/ou amicales en dehors du groupe, soit par le biais d'une salle de sport, du travail ou d'anciennes connaissances. Le quatrième couple n'a pas considéré que le Café Autisme avait permis un changement à ce niveau.

Pour deux couples de parents, le Café Autisme a eu une incidence sur la qualité de vie et l'épanouissement de leur fils. Parmi les deux couples ayant un avis nuancé, l'un d'entre eux a précisé que leur enfant était épanoui lors des rencontres mais que sa qualité de vie n'était pas meilleure puisqu'il est seul la plupart du temps.

Enfin, pour trois couples de parents, le Café Autisme n'a pas eu d'influence sur l'insertion professionnelle de leur fils. Parmi ces parents, deux couples ont précisé que leur fils avait déjà un emploi. Le quatrième couple de parents avait un avis mitigé.

L'analyse des réponses à notre questionnaire nous montre que notre projet a eu des incidences différentes selon les domaines ciblés. En effet, le Café Autisme a surtout eu un fort impact sur la création de liens amicaux entre les participants, sur la participation à plus d'activités sociales qu'auparavant et sur l'accroissement des relations sociales et/ou amicales à l'extérieur du groupe. Ces jeunes hommes sont donc moins isolés socialement depuis qu'ils participent à ce groupe. Le Café Autisme a également eu un impact sur les capacités conversationnelles de la moitié des participants et sur leur qualité de vie puisqu'ils sont plus épanouis. L'impact a été moindre concernant la prise d'initiatives et l'autonomie. Enfin, le Café Autisme n'a pas eu d'impact sur l'insertion professionnelle des participants.

## **IV. Discussion**

Nous avons construit notre étude à partir des recommandations de la HAS de 2012 qui préconise l'autonomie du sujet ainsi que sa qualité de vie et son intégration dans la société. En effet, les habiletés pragmatiques sont indispensables au quotidien dans les interactions sociales. C'est la raison pour laquelle nous avons décidé d'axer notre objectif principal sur les compétences pragmatiques de notre population. De plus, la HAS recommandait une collaboration étroite entre les parents et les professionnels. C'est pour cela que l'assistante sociale du CRA a travaillé en collaboration avec les parents des participants.

Les résultats de nos évaluations ont été conformes à nos attentes puisque notre objectif principal a été atteint malgré des progrès hétérogènes, et nos objectifs secondaires l'ont été partiellement.

Concernant notre objectif principal, nos résultats ont mis en évidence le fait que le Café Autisme a permis une faible normalisation des compétences dans le domaine de l'énoncé pour trois participants (entre deux et trois compétences normalisées) et aucune normalisation pour le quatrième participant. Pour le domaine de l'énonciation, nos résultats montrent une légère amélioration pour un participant (quatre compétences normalisées) et une amélioration moindre pour les trois autres (entre une et deux compétences normalisées). Les résultats concernant le domaine de la pragmatique sont plus variés : pour l'un des quatre participants, l'amélioration est importante avec quatorze compétences normalisées, pour deux autres, l'amélioration est modérée avec sept compétences normalisées. Enfin, le quatrième participant n'a normalisé aucune compétence dans le domaine de la pragmatique. Néanmoins, tous ont progressé dans ces trois domaines puisque la fréquence de certaines de leurs compétences a évolué positivement, sans pour autant se normaliser. Nous avons pu remarquer qu'il existait un lien entre les compétences dans les domaines de l'énoncé, de l'énonciation et de la pragmatique. En effet, lorsque que les deux premiers domaines progressent, la pragmatique progresse également. D'ailleurs, la pragmatique est le domaine qui a le plus évolué, sauf pour l'un d'entre eux (aucune normalisation dans les trois domaines). Cela peut s'expliquer par le fait qu'ils ont eu accès à une vie sociale durant 18 mois et qu'ils ont dû adapter leurs capacités langagières en situation sociale de communication. Avant le Café Autisme, ils avaient moins l'occasion d'échanger et ainsi de progresser. Notre objectif principal a donc été atteint.

Concernant nos objectifs secondaires, nos résultats ont montré que le Café Autisme a eu une incidence sur l'isolement social puisque les participants ont réussi à créer des liens entre eux, ils participent à davantage d'activités sociales et ont développé des relations sociales et/ou amicales entre eux en dehors du groupe. De plus, notre expérimentation a eu une incidence sur la qualité de vie de la moitié des participants. Un des deux autres participants était plus épanoui lors des séances et sorties mais cela ne s'est pas généralisé dans son quotidien. En revanche, le Café Autisme n'a pas eu d'impact sur l'insertion professionnelle des participants. Cet objectif concernait directement deux participants et indirectement les deux autres. En effet, deux d'entre eux avaient déjà un emploi avant de participer à notre étude quand les deux autres étaient à la recherche d'un emploi. Nous avons pensé qu'améliorer leurs compétences pragmatiques pouvait en aider certains à trouver un emploi et d'autres à mieux gérer les relations sociales avec leurs collègues ou leur équipe de travail. Mais cela n'a pas été le cas. Les participants ayant déjà un emploi n'ont pas observé de changement, le participant ayant eu plusieurs expériences professionnelles durant notre étude n'a pas jugé que le Café Autisme l'avait aidé sur ce point et le dernier participant n'a pas trouvé d'emploi. Pour un des participants, trouver un emploi a même créé une problématique à laquelle nous ne nous attendions pas. En effet, la personne ayant multiplié les expériences professionnelles n'a pas réussi à conjuguer le travail et le Café Autisme et a de ce fait préféré arrêter de participer aux dernières séances. Au total, nos objectifs secondaires ont été partiellement atteints. Nous avons pu observer que leurs habiletés s'étaient modestement généralisées au quotidien, comme le constataient également Fritsch et al. en 2009. Toutefois, nous ne pouvons pas savoir si ces évolutions seront durables ou si elles cesseront à terme, après la fin des séances.

Les résultats de nos évaluations sont en accord avec nos observations cliniques. Le choix du bilan GALI s'est révélé pertinent car bien qu'il ne soit pas adapté à la population avec autisme, il correspondait aux données exposées dans notre partie théorique. Nous pouvons aussi affirmer que la situation de conversation était idéale pour évaluer les habiletés pragmatiques, comme le conseillaient Le Sourn-Bissaoui & Dardier en 2016. Les participants n'ont pas eu le sentiment d'être réellement évalués et le fait que nous ayons pu filmer nos entretiens était également intéressant puisque nous avons pu comparer leurs compétences avant et après le Café Autisme.

Les participants de ce groupe ont tous été diagnostiqués tardivement. Cela a pu éventuellement influencer l'évolution de leurs résultats : peut-être existe-t-il un lien entre l'âge de diagnostic et les capacités d'apprentissage à l'âge adulte. En 2017, Bonnet-Brilhault rappelle que les prises en charge précoces sont plus efficaces car la plasticité cérébrale est optimale chez les enfants. En effet, la précocité de la prise en charge fait partie des facteurs pronostiques de bonne évolution. Cela peut expliquer le fait que nos résultats étaient positifs tout en étant modérés voire faibles selon les participants. Si notre population était constituée d'enfants, les résultats auraient peut-être été meilleurs. Cela pourrait faire l'objet d'une étude comparative. Par ailleurs, la composition de notre population illustre bien les données épidémiologiques actuelles sur la prédominance masculine parmi les personnes avec autisme, dont le rapport est accru lorsqu'il n'y a pas de déficience intellectuelle associée (HAS, 2010). Il serait intéressant d'inclure des femmes dans ce type d'étude, même si nous savons que les femmes avec TSA-SDI bénéficient moins souvent d'un diagnostic, pour comparer leurs résultats à ceux des hommes.

Notre projet est novateur pour plusieurs raisons. Tout d'abord, aucune étude n'avait jusqu'alors été publiée sur les Café Asperger, Café Rencontre etc. Aussi, la population adulte avec autisme sans déficience intellectuelle est peu représentée dans la littérature alors qu'il s'agit de personnes dont les problématiques invalident leur quotidien. Dans notre étude, les évaluations et la stimulation sont écologiques. En effet, la GALI est un bilan permettant l'enregistrement filmé d'une conversation la plus naturelle possible. Nos séances avaient lieu dans une boulangerie, lieu public et convivial, et étaient volontairement peu cadrées afin que les participants ne surinvestissent pas les règles. Nous pouvions ainsi adapter nos séances au gré des échanges entre les participants et intervenants. De plus, notre projet a duré 18 mois quand la durée moyenne des autres projets est de 12 semaines (Andanson et al., 2011). Nous avons favorisé une intensité modérée sur une plus longue période. Enfin, les parents des participants travaillaient en collaboration avec l'assistante sociale du CRA, ce qui est rare dans les études publiées, bien que la collaboration parents/professionnels soit recommandée par la HAS (2012). Durant ces 18 mois d'étude, la fréquentation a été remarquable avec très peu d'absentéisme aussi bien chez les participants que chez les parents (en dehors du cas de R.), ce qui est un bon indicateur de leur motivation.

Au cours de cette expérimentation, nous avons fait face à quelques problématiques que nous n'avions pas toutes pu anticiper, qu'il convient de prendre en compte pour toute reproduction de l'étude. En effet, afin que les participants puissent entrer en contact, nous avons créé un groupe avec les adresses e-mail des participants et un autre avec celles des parents, puis nous leur avons suggéré d'échanger leur numéro de téléphone portable. Or ils ne s'en sont pratiquement jamais servi. Les participants ne lisaient pas leurs e-mails, leurs parents le faisaient pour eux. Et lorsqu'ils voulaient contacter un membre du groupe, ils demandaient la plupart du temps à leurs parents de s'en occuper. Pourtant, l'outil informatique leur est plus familier que le téléphone portable. Nos constatations vont dans le sens de l'étude de Leignier de 2016 qui notait que les jeunes adultes avec TSA-SDI avaient tendance à moins utiliser les e-mails et sms pour communiquer que les personnes de leur âge.

Par ailleurs, au tout début du projet, nous avons tenté une mise en commun des intérêts des participants autour des jeux vidéo pour favoriser les échanges entre eux. Mais ils étaient trop centrés sur leurs propres jeux pour s'intéresser à ceux des autres. Nous pensions qu'ils pourraient trouver un intérêt commun mais aucun ne jouait aux mêmes jeux. Cela a donc été un échec. Ils avaient du mal à sortir de leur ligne de base, très rigide.

Enfin, même lorsqu'ils étaient satisfaits des sorties organisées entre les séances, les participants avaient tendance à ne relater que le négatif (trop de bruit, trop de monde...). Ils pouvaient être critiques et apprécier tout à fait mais le plaisir de l'activité ne faisait pas reculer l'absence de spontanéité, la rigidité, le défaut de planification et les comportements strictement auto-centrés. Les discussions étaient ainsi toujours aussi compliquées pour les convaincre de changer d'activité pour en réaliser une nouvelle.

Toutefois, notre hypothèse est vérifiée puisque notre étude nous a permis de montrer que la création d'un groupe thérapeutique, nommé Café Autisme, avait un impact sur les capacités pragmatiques de personnes adultes avec autisme sans déficience intellectuelle. Néanmoins, l'évolution varie selon les participants : elle est importante pour certains, modérée voire faible pour d'autres. Cette variabilité interindividuelle s'inscrit dans la description même de l'autisme : il y a autant d'autismes que de personnes avec autisme, comme le rappelle Mottron en 2016. Nous avons par ailleurs été confrontés à la résistance de la clinique chez l'adulte puisque chez les enfants avec autisme, les groupes d'habiletés sociales permettent un apprentissage et une évolution. Notre étude se trouve à la jonction de l'étude de Murad et al. en 2014 qui affirme que les apprentissages sont possibles à tout

âge, même chez les adultes, et celle de Monfort et al. en 2005 qui dit que les troubles pragmatiques résistent aux diverses interventions proposées. Il nous paraît important de nuancer ces deux points de vue en précisant que les habiletés pragmatiques des adultes peuvent effectivement évoluer mais que cela reste parfois minime. L'évolution n'est pas aussi sensible chez les adultes que chez les enfants, et les troubles de la pragmatique persistent bien qu'ils s'amenuisent. Ainsi, nous sommes en accord avec Barthélémy et Bonnet-Brilhault en 2012 qui indiquent que les troubles des interactions sociales, en lien avec les compétences pragmatiques, persistent chez plus de la moitié des adultes avec autisme. Ce sont les troubles les plus persistants à l'âge adulte (HAS, 2011).

Enfin, bien que notre étude ait été menée avec rigueur, nous sommes conscientes des limites qu'elle comporte. En effet, les résultats de nos évaluations sont subjectifs. Mais comme l'expliquaient Monfort, Sánchez & Juárez en 2005, l'analyse de la pragmatique est de toute façon subjective. Nos évaluations nous ont tout de même permis d'analyser quantitativement et qualitativement les compétences des participants. Nous avons tenté de minimiser ce biais en analysant les résultats de la GALI en binôme pour deux des cas. Par ailleurs, notre questionnaire n'est pas validé scientifiquement puisqu'il a été créé et adapté aux objectifs propres à notre étude.

De plus, la GALI a été validée sur une population ayant eu un traumatisme crânien et non sur une population avec autisme. Les écarts-types sont donc biaisés et peu représentatifs. Mais aucun test n'a été trouvé malgré nos recherches et les items de la GALI correspondaient à nos attentes. Il serait néanmoins intéressant de valider ce test sur une population adulte avec TSA.

Par ailleurs, nous avons une petite population donc nous n'avons pas pu affirmer si nos résultats étaient significatifs ou non. Mais un faible échantillon était adapté à notre étude puisque nous voulions que les participants réussissent à créer des liens entre eux. Or cela n'aurait pas été possible avec une population importante. De plus, Andanson et al. indiquaient en 2011 qu'il était préférable d'avoir un groupe restreint, avec 3 participants maximum pour un intervenant.

Enfin, il serait intéressant d'augmenter la fréquence des séances à une fois tous les 15 jours ou toutes les semaines, tout en conservant une durée supérieure ou égale à 18 mois, puisque cela favorise la création de liens. Le Café Autisme étant une première expérimentation, nous ne savions pas comment cela allait se dérouler. Nous avons donc souhaité leur laisser du temps pour organiser et planifier les sorties entre chaque séance.

## CONCLUSION

---

Nous avons mis en place une étude écologique pour savoir si la création d'un groupe thérapeutique, nommé Café Autisme, pouvait avoir un impact sur la pragmatique du langage de quatre personnes adultes avec autisme sans déficience intellectuelle. Nous avons organisé des rencontres mensuelles sur une période de 18 mois. Par ailleurs, les parents travaillaient en collaboration avec l'une des intervenantes du groupe, assistante sociale. Nous avons mesuré l'impact du Café Autisme par le biais d'une évaluation pré et post-traitement avec le bilan GALI ainsi que d'un questionnaire parental.

Nos résultats ont montré que le Café Autisme avait eu une incidence différente sur la pragmatique du langage des participants. Le Café Autisme a par ailleurs permis de rompre leur isolement social et d'améliorer la qualité de vie de certains. En revanche, notre projet ne les a pas aidés à s'insérer professionnellement lorsqu'ils n'avaient pas d'emploi ou à améliorer les relations avec leurs collègues lorsqu'ils avaient déjà un emploi.

L'hétérogénéité de nos résultats est en accord avec le tableau clinique de l'autisme, dont les troubles varient selon les individus. En effet, certains ont pu normaliser des compétences alors que d'autres les ont simplement améliorées.

La réponse à notre problématique est donc positive et notre hypothèse validée puisque le Café Autisme a eu un impact positif sur les habiletés pragmatiques des participants.

Par ailleurs, la Stratégie Nationale 2018 pour l'Autisme au sein des troubles du neurodéveloppement vient d'annoncer la création de groupements d'entraide mutuelle (GEM). Cela pourrait favoriser l'insertion sociale des personnes avec autisme puisque ces groupes leur permettraient de bénéficier du soutien de leurs pairs et pourraient être orientés sur l'accès à l'emploi ou bien d'autres activités. Ce partage d'expériences aurait pour objectifs la sortie de l'isolement social, la construction de liens sociaux mais également l'amélioration de la qualité de vie. Les objectifs des GEM, bien qu'ils ne soient pas axés sur la pragmatique du langage, sont communs aux nôtres, ce qui nous laisse penser que notre expérimentation était légitime et justifiée. Ainsi, il serait intéressant que ces perspectives soient connues des orthophonistes afin qu'ils puissent orienter leurs patients avec autisme vers ces projets. Les jeunes adultes avec TSA pourraient ainsi bénéficier d'une prise en charge adaptée qui limiterait leur isolement et favoriserait leur bien-être.

## BIBLIOGRAPHIE

---

- Adrien, J. L. (2017). Les nouveaux critères diagnostiques. *Psychologie du développement*, 309.
- Andanson, J., Pourre, F., Maffre, T., & Raynaud, J. P. (2011). Les groupes d'entraînement aux habiletés sociales pour enfants et adolescents avec syndrome d'Asperger : revue de la littérature. *Archives de pédiatrie*, 18(5), 589-596.
- American Psychiatric Association (APA). (2015). DSM-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5<sup>e</sup> éd. Issy-les-Moulineaux, FR : Elsevier Masson (1<sup>re</sup> éd. 1952).
- Attwood, T., & Virol, I. (2014). Le syndrome d'Asperger et l'autisme de haut niveau : approche comportementaliste. Dunod.
- Autisme.gouv. (2018). Stratégie nationale pour l'autisme au sein des troubles du neuro-développement.
- Barthélémy, C., & Bonnet-Brilhault, F. (Eds.). (2012). *L'autisme : de l'enfance à l'âge adulte*. Médecine Sciences Publications.
- Beaud, L. (2011). Sur la littéralité autistique : Langage et communication sociale à l'épreuve de la métaphore. *Glossa*, 110, 26-48.
- Bibeau, A., & Fossard, M. (2010). L'autisme de haut-niveau ou le Syndrome d'Asperger : la question du langage. *Revue canadienne d'orthophonie et d'audiologie (RCOA)*, 34(4), 246-258.
- Blanc, R., & Archambault, E., (2016). Neuropsychologie des Troubles du Spectre de l'Autisme. *Rééducation Orthophonique, Autisme*, (Vol. 1, numéro 265), 33-52.
- Bonnet-Brilhault, F. (2017). L'autisme : un trouble neuro-développemental précoce. *Archives de Pédiatrie*, 24(4), 384-390
- Carouille, A. (2010). Mise en place et expérimentation d'une méthode d'apprentissage de la lecture spécifiquement adaptée aux enfants avec autisme (Mémoire d'orthophonie). Université de Nice-Sophia-Antipolis, Nice.
- Catoire, M. (2016). L'incongruité sémantico-pragmatique entre une action et une émotion. *Rééducation Orthophonique, Autisme*, (Vol. 2, numéro 266), 69-78.
- Chamak, B. (2015). Interventions en autisme : évaluations et questionnement. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 63(5), 297-301.
- Cohen, D. (2012). Controverses actuelles dans le champ de l'autisme. In *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* (Vol. 170, No. 7, pp. 517-525). Elsevier Masson.

- Courtois-du-Passage, N., & Galloux, A. S. (2004). Bilan orthophonique chez l'enfant atteint d'autisme : aspects formels et pragmatiques du langage. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 52(7), 478-489.
- Delage, H., & Durrleman, S. (2015). Langage et cognition dans l'autisme chez l'enfant : Théorie et clinique. De Boeck Supérieur.
- De Martino, S. & Rey, V. (2016). Ateliers de pragmatique : projet expérimental à destination d'adolescents avec TSA sans déficience intellectuelle. *Rééducation Orthophonique, Autisme*, (Vol. 2, numéro 266), 115-129.
- Dionisi, J. P. (2013). Le programme TEACCH : des principes à la pratique. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'Adolescence*, 61(4), 236-242.
- Fombonne, E. (2009). Epidemiology of pervasive developmental disorders. *Pediatric research*, 65(6), 591-598.
- Fombonne, E., Elsabbagh, M., & Clarke, M. E. (2012). Épidémiologie de l'autisme. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants*, 1-5.
- Fritsch, A., Murad, A., Kloss, S., Francescon-Rota, G., & Bizet, E. (2009). L'entraînement aux habiletés sociales chez les adultes avec autisme. In *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* (Vol. 167, No. 4, pp. 299-302). Elsevier Masson.
- Gattegno, M. P., & De Fenoyl, C. (2004). L'entraînement aux habiletés sociales chez les personnes atteintes de syndrome d'Asperger. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 14(3), 109-115.
- Girardot, A. M. B., Chatel, C., Bessis, C., Avenel, E., Garrigues, M. H., & Poinso, F. (2017). Expérimentation de la prise en charge Early start Denver model (ESDM) : les effets sur le développement de 4 jeunes enfants avec troubles du spectre de l'autisme. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'Adolescence*.
- HAS. (2005). Recommandations pour la pratique professionnelle du diagnostic de l'autisme.
- HAS. (2010). Autisme et autres troubles envahissants du développement. Etat des connaissances hors mécanismes physiopathologiques, psychopathologiques et recherche fondamentale.
- HAS. (2011). Autisme et autres troubles envahissants du développement : diagnostic et évaluation chez l'adulte - Recommandation de bonne pratique.
- HAS. (2012). Autisme et autres troubles envahissants du développement : interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent.
- HAS. (2018). Trouble du spectre de l'autisme : signes d'alerte, repérage, diagnostic et évaluation chez l'enfant et l'adolescent.

- Hazlett, H. C., Gu, H., Munsell, B. C., Kim, S. H., Styner, M., Wolff, J. J., ... & Collins, D. L. (2017). Early brain development in infants at high risk for autism spectrum disorder. *Nature*, 542(7641), 348-351.
- Lavielle Guida, M. (2016). Le développement du langage de l'enfant porteur de TSA. *Rééducation Orthophonique, Autisme*, (Vol. 2, numéro 266), 25-33.
- Lawson, W. (2015). Comprendre et accompagner la personne autiste. *Paris, France : DUNOD*.
- Leignier, S. (2016). Syndrome d'Asperger et autisme de haut niveau : une évolution plutôt favorable à l'âge adulte mais une offre de soins encore à développer (Thèse de doctorat). Université de Grenoble, Grenoble.
- Le Sourn-Bissaoui, S. & Dardier, V. (2016). La compréhension du langage figuré et du discours émotionnel : une question d'insuffisance inférentielle. *Rééducation Orthophonique, Autisme*, (Vol. 2, numéro 266), 79-92.
- Longuépée, L., Bouvard, M., & Assouline, B. (2016). Descriptif d'établissements ayant des unités spécialisées dans les troubles du spectre autistique. *Pratiques psychologiques*, 22(2), 139-157.
- Lyall, K., Croen, L., Daniels, J., Fallin, M. D., Ladd-Acosta, C., Lee, B. K., ... & Windham, G. C. (2017). The changing epidemiology of autism spectrum disorders. *Annual review of public health*, 38, 81-102.
- Maillart, C. (2003). Les troubles pragmatiques chez les enfants présentant des difficultés langagières. Présentation d'une grille d'évaluation : la Children's Communication Checklist (Bishop, 1998). *Cahiers de la SBLU*, 13, 13-32.
- Monfort, M., Sánchez, A. J., & Juárez, I. M. (2005). *Les troubles de la pragmatique chez l'enfant*. Entha.
- Mottron, L. (2006). L'autisme, une autre intelligence : diagnostic, cognition et support des personnes autistes sans déficience intellectuelle. Editions Mardaga.
- Mottron, L. (2016). L'intervention précoce pour enfants autistes : nouveaux principes pour soutenir une autre intelligence. Mardaga.
- Murad, A., Fritsch, A., Bizet, É., & Schaal, C. (2014). L'autisme à l'âge adulte : aspects cliniques. In *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* (Vol. 172, No. 7, pp. 577-586). Elsevier Masson.
- Ng, M., de Montigny, J. G., Ofner, M., & Do, M. T (2013). Facteurs environnementaux associés au trouble du spectre de l'autisme : étude de délimitation portant sur les années 2003 à 2013.
- Ouss-Ryngaert, L. (2010). Les centres ressources autisme : bilan et perspectives. *Enfances & Psy*, (1), 60-69.

- Poirier, N., & Des Rivières-Pigeon, C. (2013). Le trouble du spectre de l'autisme : état des connaissances. PUQ.
- Richoz, M., & Rolle, V. (2015). Guider les autistes dans les habiletés sociales. De Boeck Supérieur, 3-10.
- Rogé, B. (2015). Autisme, comprendre et agir-3e éd.: Santé, éducation, insertion. Dunod.
- Rogers, S. J., Dawson, G., & Rogé, B. (2013). L'intervention précoce en autisme : le modèle de Denver pour jeunes enfants : [promouvoir le langage, l'apprentissage et l'engagement social]. Dunod.
- (s.d.). Récupéré sur <https://www.asperger-amitie.com/café-rencontre/>.
- (s.d.). Récupéré sur <http://aspergeraide.com/index.php>
- (s.d.). Récupéré sur <http://autismeouest22.fr/>
- Tahay, A. (2015). Les habiletés conversationnelles chez les personnes atteintes d'un syndrome d'Asperger : intérêt d'un guide d'apprentissage à l'initiation de l'échange (Mémoire d'orthophonie). Université de Lorraine.
- Tardif, C. (2010). Autisme et pratiques d'intervention. Solal.
- Taton, R., Martineau, C., Wolff, M., & Adrien, J. L. (2017). Étude rétrospective des bénéfices développementaux et comportementaux d'une intervention psycho-éducative pour des enfants porteurs d'un Trouble du Spectre de l'Autisme. In *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. Elsevier Masson.
- Tiura, M., Kim, J., Detmers, D., & Baldi, H. (2017). Predictors of longitudinal ABA treatment outcomes for children with autism: A growth curve analysis. *Research in Developmental Disabilities*, 70, 185-197.
- Vermeulen, P. (2014). Comment pense une personne autiste ?. Dunod.
- Virues-Ortega, J., Julio, F. M., & Pastor-Barriuso, R. (2013). The TEACCH program for children and adults with autism: A meta-analysis of intervention studies. *Clinical psychology review*, 33(8), 940-953.

# ANNEXE

|             |                                                  | R.    |       | J.    |       | C.    |       | O.    |       |
|-------------|--------------------------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
|             |                                                  | Avant | Après | Avant | Après | Avant | Après | Avant | Après |
| ENONCE      | <u>Intonation</u>                                |       |       |       |       |       |       |       |       |
|             | Pauses dans le discours                          | 2     | 2     | 2     | 2     | 3     | 3     | 4     | 4     |
|             | Intonation monotone                              | 2     | 2     | 4     | 4     | 5     | 3     | 5     | 4     |
|             | Rôle syntaxique de l'intonation                  | 2     | 2     | 5     | 4     | 3     | 3     | 5     | 5     |
|             | Rôle argumentatif de l'intonation                | 2     | 2     | 4     | 4     | 2     | 2     | 5     | 5     |
|             | Traduction des sentiments                        | 2     | 2     | 4     | 4     | 1     | 1     | 5     | 5     |
|             | Utilisée pour ironie ou insinuation              | 1     | 1     | 5     | 5     | 4     | 3     | 4     | 4     |
|             | <u>Intensité, articulation, débit</u>            |       |       |       |       |       |       |       |       |
|             | Intensité adaptée                                | 2     | 1     | 2     | 2     | 2     | 2     | 5     | 4     |
|             | Articulation claire                              | 2     | 2     | 3     | 3     | 0     | 0     | 4     | 4     |
|             | Parle posément, débit adapté                     | 3     | 2     | 3     | 2     | 2     | 2     | 0     | 0     |
|             | Rythme dynamique, débit pas trop lent            | 2     | 2     | 2     | 2     | 5     | 5     | 4     | 4     |
|             | <u>Quantité de détails</u>                       |       |       |       |       |       |       |       |       |
|             | Discours clair, pas trop de détails              | 3     | 2     | 5     | 3     | 4     | 4     | 0     | 0     |
|             | Informatif, suffisamment de détails              | 2     | 2     | 2     | 2     | 2     | 2     | 5     | 4     |
|             | <u>Morphologie et syntaxe</u>                    |       |       |       |       |       |       |       |       |
|             | Grammaire correcte                               | 2     | 2     | 3     | 3     | 1     | 1     | 1     | 1     |
|             | <u>Gestes de la tête et expressions faciales</u> |       |       |       |       |       |       |       |       |
|             | Faciès approprié au contenu discursif            | 2     | 2     | 4     | 2     | 3     | 2     | 3     | 3     |
|             | Trop d'ampleur mouvements faciaux                | 2     | 2     | 1     | 1     | 3     | 2     | 2     | 2     |
|             | Ampleur des mouvements faciaux                   | 2     | 2     | 5     | 2     | 2     | 2     | 3     | 3     |
|             | Mimiques des émotions de base                    | 1     | 1     | 4     | 3     | 2     | 2     | 2     | 2     |
|             | Expressions faciales illustrent propos           | 2     | 2     | 5     | 4     | 2     | 2     | 2     | 2     |
|             | Gestes de la tête ponctuent le discours          | 2     | 2     | 4     | 4     | 2     | 2     | 4     | 4     |
|             | Gestes visage remplacent exp. connue             | 4     | 4     | 5     | 4     | 5     | 4     | 5     | 4     |
|             | <u>Gestes coverbaux</u>                          |       |       |       |       |       |       |       |       |
|             | Rôle de doublure illustrative                    | 2     | 2     | 4     | 4     | 3     | 3     | 4     | 4     |
|             | Fonction connotative                             | 2     | 2     | 5     | 4     | 3     | 3     | 4     | 4     |
| ENONCIATION | <u>Structuration interne des idées</u>           |       |       |       |       |       |       |       |       |
|             | Discours élaboré, non plaqué/automat             | 3     | 2     | 3     | 3     | 4     | 3     | 4     | 4     |
|             | Suite des idées harmonieuse                      | 3     | 3     | 4     | 4     | 3     | 3     | 3     | 3     |
|             | Idées logiquement connectées                     | 3     | 3     | 4     | 4     | 2     | 2     | 3     | 3     |
|             | Discours clair, pas trop complexifié             | 4     | 2     | 4     | 3     | 5     | 4     | 1     | 1     |
|             | Discours succinct, infos non répétées            | 3     | 3     | 2     | 2     | 4     | 4     | 0     | 0     |
|             | <u>Authenticité du discours</u>                  |       |       |       |       |       |       |       |       |
|             | Sujet sincère, pas d'exagération                 | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     |
|             | Véracité des propos                              | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     |
|             | Vantardise                                       | 2     | 2     | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     |
|             | <u>Posture</u>                                   |       |       |       |       |       |       |       |       |
|             | Détendue                                         | 2     | 2     | 2     | 2     | 3     | 2     | 3     | 2     |
|             | Modifications posturales                         | 3     | 3     | 2     | 2     | 1     | 1     | 2     | 2     |

|             |                                              |   |   |   |   |   |   |   |   |
|-------------|----------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRAGMATIQUE | <u>Regard au sein du discours</u>            |   |   |   |   |   |   |   |   |
|             | Regard détourné après début énoncé           | 1 | 1 | 3 | 2 | 4 | 3 | 1 | 1 |
|             | Regard détourné vers endroit neutre          | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
|             | Regard détourné si énoncé long               | 1 | 1 | 4 | 2 | 3 | 3 | 1 | 1 |
|             | <u>Activité gestuelle</u>                    |   |   |   |   |   |   |   |   |
|             | Rythmée par le débit verbal                  | 3 | 2 | 4 | 4 | 3 | 3 | 5 | 4 |
|             | Débit gestuel adapté                         | 3 | 2 | 3 | 3 | 3 | 2 | 4 | 4 |
|             | Gestes coverbaux variés                      | 3 | 3 | 5 | 4 | 4 | 3 | 5 | 5 |
|             | Gestes concrets si description               | 1 | 1 | 4 | 3 | 4 | 3 | 5 | 5 |
|             | Gestes abstraits si argumentation            | 4 | 3 | 5 | 4 | 4 | 4 | 5 | 5 |
|             | <u>Intonation</u>                            |   |   |   |   |   |   |   |   |
|             | Utilisée pour montrer qu'il n'a pas fini     | 2 | 2 | 4 | 4 | 2 | 2 | 4 | 4 |
|             | Descendante à la fin du discours             | 2 | 2 | 3 | 2 | 3 | 2 | 4 | 4 |
|             | <u>Pauses avant prise de parole</u>          |   |   |   |   |   |   |   |   |
|             | Relativement courtes                         | 2 | 2 | 2 | 2 | 5 | 3 | 3 | 3 |
|             | <u>Chevauchements</u>                        |   |   |   |   |   |   |   |   |
|             | Chevauche la fin des propos d'autrui         | 4 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 5 | 5 |
|             | Chevauchements adaptés                       | 4 | 2 | 3 | 3 | 4 | 3 | 5 | 5 |
|             | <u>Détails fournis</u>                       |   |   |   |   |   |   |   |   |
|             | Détails abusifs perturbant le discours       | 4 | 2 | 4 | 2 | 5 | 5 | 0 | 0 |
|             | Nombre de détails suffisant                  | 2 | 2 | 3 | 2 | 3 | 3 | 4 | 4 |
|             | <u>Cohérence conversationnelle</u>           |   |   |   |   |   |   |   |   |
|             | Le sujet pose des questions                  | 2 | 2 | 4 | 2 | 3 | 3 | 5 | 5 |
|             | Questions appropriées                        | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
|             | Fait bon usage des questions d'autrui        | 2 | 2 | 3 | 2 | 3 | 2 | 3 | 3 |
|             | Intègre ses idées à celles d'autrui          | 3 | 2 | 4 | 3 | 4 | 3 | 4 | 3 |
|             | Réagit aux demandes de clarification         | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 4 | 3 |
|             | <u>Participation verbale à l'interaction</u> |   |   |   |   |   |   |   |   |
|             | Respect de l'interlocuteur                   | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
|             | Condescendance vis-à-vis d'autrui            | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
|             | Familiarité                                  | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
|             | Intérêt pour les propos d'autrui             | 3 | 2 | 3 | 2 | 3 | 3 | 5 | 4 |
|             | Se soucie des intérêts d'autrui              | 4 | 3 | 4 | 2 | 4 | 3 | 5 | 5 |
|             | Réaction aux initiatives d'autrui            | 3 | 3 | 4 | 3 | 3 | 3 | 4 | 4 |
|             | Propos égocentrés                            | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 |
|             | Contenu du discours approprié                | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 4 | 4 |
|             | Sujet intéressant à écouter                  | 2 | 2 | 3 | 2 | 3 | 3 | 4 | 4 |
|             | Le sujet manie adroitement l'humour          | 1 | 1 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 |
|             | Contribue spontanément conversation          | 2 | 2 | 4 | 2 | 3 | 2 | 4 | 4 |
|             | Prise de parole + respect tours parole       | 3 | 2 | 3 | 2 | 3 | 2 | 4 | 4 |
|             | <u>Phatiques, régulateurs oraux/verbaux</u>  |   |   |   |   |   |   |   |   |
|             | Nombre de phatiques vocaux/verbaux           | 2 | 2 | 4 | 4 | 5 | 4 | 5 | 5 |
|             | Rég. vocaux chevauchent la parole            | 3 | 3 | 4 | 4 | 5 | 4 | 5 | 5 |
|             | Rég. verbaux chevauchent la parole           | 3 | 3 | 4 | 4 | 5 | 4 | 5 | 5 |
|             | Fonction de pilotage des régulateurs         | 3 | 3 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 |

|                                                   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|---------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|
| <u><i>Phatiques non verbaux</i></u>               |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Présence des phatiques                            | 1 | 1 | 5 | 3 | 5 | 5 | 5 | 5 |
| Apparition à des moments propices                 | 2 | 2 | 4 | 2 | 4 | 4 | 4 | 4 |
| Intéresse autrui par ses phatiques                | 2 | 2 | 4 | 4 | 4 | 4 | 5 | 5 |
| Fonction phatique de l'intonation                 | 3 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 |
| Haussements de sourcil (focalisation)             | 3 | 3 | 5 | 3 | 5 | 4 | 4 | 4 |
| Mimique encourageante                             | 3 | 3 | 5 | 5 | 5 | 4 | 4 | 4 |
| Expr. faciales ont un rôle facilitateur           | 3 | 3 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 |
| Production de regards phatiques                   | 4 | 4 | 5 | 5 | 5 | 4 | 4 | 4 |
| Phatiques chgmt orientation corps                 | 3 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 |
| <u><i>Régulateurs non verbaux</i></u>             |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Présence des régulateurs                          | 3 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 5 | 5 |
| Apparition à des moments propices                 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 4 | 4 |
| Régulateurs authentiques, sincères                | 3 | 3 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 |
| Si récepteur : gestes faciaux régulat.            | 3 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 |
| Si récept : exp. faciales facilitatrices          | 4 | 3 | 3 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 |
| Si récept : mimiques adaptées                     | 3 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 5 | 5 |
| Si récept : sourires facilitateurs                | 3 | 3 | 4 | 3 | 4 | 4 | 3 | 3 |
| Si récept : hochements de tête régulat.           | 3 | 3 | 4 | 4 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| Si récept : regards régulateurs                   | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 |
| Si récept : clignement paupières régul.           | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 |
| Si récept : regard encourageant                   | 4 | 4 | 4 | 4 | 5 | 4 | 5 | 5 |
| Si récept : postures régulatrices                 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 |
| <u><i>Posture et proxémique</i></u>               |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Adaptées à la situation                           | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| Chgmts de postures : # fonctions                  | 3 | 3 | 4 | 4 | 5 | 4 | 4 | 4 |
| Posture locuteur varie selon les sujets           | 2 | 2 | 3 | 3 | 4 | 2 | 3 | 3 |
| Posture loc. adaptée situation sociale            | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| Posture loc. incite récept. à participer          | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 |
| Position en miroir de celle du locuteur           | 4 | 4 | 4 | 4 | 5 | 4 | 5 | 5 |
| Retrait quand passage de parole                   | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 4 |
| Avancement buste quand passe parole               | 3 | 3 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 4 |
| <u><i>Gestes de la tête et expr. faciales</i></u> |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Mimiques adaptées                                 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Sourires adaptés (pas insistants)                 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 |
| Si récepteur, mimiques continues                  | 2 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| Si récepteur, sourires adaptés                    | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| <u><i>Place du regard dans l'interaction</i></u>  |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Fixe l'interlocuteur quand énoncé fini            | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| Si locuteur, regard adapté, non pesant            | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 0 | 0 |
| Si récepteur, regard davantage présent            | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| Si récepteur, regard adapté, non pesant           | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| Si récepteur, regard non fuyant                   | 3 | 2 | 3 | 2 | 3 | 2 | 4 | 4 |
| Contact visuel contribue à l'interaction          | 3 | 2 | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 | 3 |

## TABLE DES ILLUSTRATIONS

---

|                                                                   |    |
|-------------------------------------------------------------------|----|
| Figure 1 : Enoncé avant Café Autisme (R.) .....                   | 44 |
| Figure 2 : Enoncé après Café Autisme (R.) .....                   | 44 |
| Figure 3 : Enonciation avant Café Autisme (R.) .....              | 45 |
| Figure 4 : Enonciation après Café Autisme (R.) .....              | 45 |
| Figure 5 : Pragmatique avant Café Autisme (R.) .....              | 45 |
| Figure 6 : Pragmatique après Café Autisme (R.) .....              | 45 |
| Figure 7 : Enoncé avant Café Autisme (J.) .....                   | 47 |
| Figure 8 : Enoncé après Café Autisme (J.) .....                   | 47 |
| Figure 9 : Enonciation avant Café Autisme (J.) .....              | 48 |
| Figure 10 : Enonciation après Café Autisme (J.) .....             | 48 |
| Figure 11 : Pragmatique avant Café Autisme (J.) .....             | 49 |
| Figure 12 : Pragmatique après Café Autisme (J.) .....             | 49 |
| Figure 13 : Enoncé avant Café Autisme (C.) .....                  | 51 |
| Figure 14 : Enoncé après Café Autisme (C.) .....                  | 51 |
| Figure 15 : Enonciation avant Café Autisme (C.) .....             | 52 |
| Figure 16 : Enonciation après Café Autisme (C.) .....             | 52 |
| Figure 17 : Pragmatique avant Café Autisme (C.) .....             | 52 |
| Figure 18 : Pragmatique après Café Autisme (C.) .....             | 52 |
| Figure 19 : Enoncé avant Café Autisme (O.) .....                  | 54 |
| Figure 20 : Enoncé après Café Autisme (O.) .....                  | 54 |
| Figure 21 : Enonciation avant Café Autisme (O.) .....             | 55 |
| Figure 22 : Enonciation après Café Autisme (O.) .....             | 55 |
| Figure 23 : Pragmatique avant Café Autisme (O.) .....             | 56 |
| Figure 24 : Pragmatique après Café Autisme (O.) .....             | 56 |
| Figure 25 : Avis des parents sur l'incidence du Café Autisme..... | 57 |

---

Marine Dachicourt (Auteur)

**IMPACT D'UN GROUPE THERAPEUTIQUE SUR LA PRAGMATIQUE DU  
LANGAGE DE PERSONNES AVEC AUTISME SANS DEFICIENCE  
INTELLECTUELLE**

74 pages, 55 références bibliographiques

Mémoire d'orthophonie – UNS / Faculté de Médecine - Nice 2018

**RESUME**

L'autisme, dont la prévalence augmente chaque année, fait de plus en plus l'objet d'études scientifiques. Néanmoins, rares sont celles explorant les problématiques des adultes avec autisme, et plus rares encore celles étudiant les adultes sans déficience intellectuelle. Les troubles pragmatiques engendrent des répercussions quotidiennes. L'objectif principal de notre étude était de mesurer l'impact de la création d'un groupe thérapeutique, nommé Café Autisme, sur la pragmatique du langage de personnes adultes avec autisme sans déficience intellectuelle. Notre échantillon était constitué de quatre jeunes adultes âgés de 21 à 23 ans en début d'étude. Nos objectifs secondaires étaient de rompre leur isolement social, de les aider à s'insérer professionnellement et d'améliorer leur qualité de vie. Nous avons de ce fait organisé des rencontres mensuelles pendant 18 mois. Parallèlement, nous avons procédé à des évaluations pré et post-traitement à l'aide du bilan GALI et distribué un questionnaire parental en fin d'étude. Les principaux résultats sont conformes à notre hypothèse : le Café Autisme a eu un impact positif sur notre échantillon même si les progrès observés étaient très hétérogènes. Nos objectifs secondaires sont partiellement atteints puisque le Café Autisme n'a pas eu d'impact sur l'insertion professionnelle des participants. Toutefois, ils sont moins isolés socialement et ont, pour la moitié, une meilleure qualité de vie. Les limites de notre étude sont présentées dans la partie discussion. Dès lors, il semblerait judicieux que les orthophonistes aient connaissance de ce type de projet afin que les adultes avec autisme bénéficient d'une prise en charge adaptée.

**Mots-clés** : autisme -Troubles du Spectre Autistique (TSA) - pragmatique - adultes sans déficience intellectuelle - habiletés conversationnelles.

Directeur DE MEMOIRE  
Nadine Renaudo

Co-Directeur DE MEMOIRE  
Agnès Carouille

## **ABSTRACT**

Autism, which prevalence increases every year, is more and more and more subject to scientific studies. Nevertheless, few explore the problems of adults with autism, and even fewer deal with adults without intellectual deficiency. The pragmatic disorders cause daily repercussions. The main objective of our study was to measure the impact of the creation of a therapeutic group, named Café Autisme, on the pragmatics of language of adults with autism without intellectual deficiency. Our sample was constituted by four young adults from 21 to 23 years old at the beginning of the study. Our secondary objectives were to break their social isolation, to help them to fit professionally and to improve their quality of life. We have organized monthly meetings for 18 months. At the same time, we conducted pre and post-treatment evaluations using the GALI test and we distributed a parental questionnaire at the end of the study. The main results are consistent with our hypothesis : the Café Autisme had a positive impact on our sample even though the progress observed was very heterogeneous. Our secondary objectives are partially achieved since the Café Autisme had no impact on the professional insertion of the participants. However, they are less socially isolated and, for half, have a better quality of life. The limits of our study are presented in the discussion section. Therefore, it would seem interesting for speech therapists to be aware of this type of project so that adults with autism can benefit from appropriate care.

**Keywords** : autism - Autism Spectrum Disorders (ASD) - pragmatic - adults without intellectual disability - conversational skills.