

**FACILITER LA COMMUNICATION
ET LE DÉVELOPPEMENT SENSORIEL
DES PERSONNES AVEC AUTISME
GUIDE D'ACTIVITÉS PRATIQUES**

CORINNE BASTIER

**FACILITER LA COMMUNICATION
ET LE DÉVELOPPEMENT SENSORIEL
DES PERSONNES AVEC AUTISME
GUIDE D'ACTIVITÉS PRATIQUES**

DUNOD

Maquette de couverture : Misteratomic
Illustrations : Pixabay & Philippe Morvan
Mise en page : Belle Page

Le pictogramme qui figure ci-contre mérite une explication. Son objet est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, particulièrement dans le domaine de l'édition technique et universitaire, le développement massif du photocopillage.

Le Code de la propriété intellectuelle du 1^{er} juillet 1992 interdit en effet expressément la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants droit. Or, cette pratique s'est généralisée dans les établissements

d'enseignement supérieur, provoquant une baisse brutale des achats de livres et de revues, au point que la possibilité même pour

les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée. Nous rappelons donc que toute reproduction, partielle ou totale, de la présente publication est interdite sans autorisation de l'auteur, de son éditeur ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).



© Dunod, 2019

11, rue Paul Bert 92240 Malakoff
www.dunod.com

ISBN 978-2-10-079631-1

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2^o et 3^o a), d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

À tous les enfants extraordinaires, ainsi qu'à leurs familles.

L'ensemble des photographies est issu du site Pixabay, communauté dynamique de créatifs, partageant des images et des vidéos libres de droit. Leurs clichés, ainsi que les dessins de Pascal Lamy ont considérablement agrémenté mon écriture.

Je remercie tout spécialement Philippe Morvan, développeur des pictogrammes « Axelia » et de « Pictelia », sans qui cet ouvrage n'aurait pu voir le jour. Son soutien inestimable et son exceptionnelle générosité m'ont permis d'aromatiser mon texte de ses dessins colorés.

J'adresse mes plus sincères remerciements à Jacqueline, Isabelle, Nathalie, Sylvie et Samira pour leur subtil et persévérant effeuillage, ainsi que pour leur temps consacré à rendre cet ouvrage plus raffiné.

Je voudrais témoigner une exquise reconnaissance à ma sœur Sylvie pour ses encouragements sucrés et sans faille. Son soutien m'a insufflé le courage de me lancer dans cette grande aventure.

Sommaire

<i>PRÉFACE</i>	9
<i>INTRODUCTION</i>	11
<i>PRÉAMBULE</i>	15

PARTIE I

LES PRÉ-REQUIS À LA COMMUNICATION

1. L'imitation	31
2. La permanence de l'objet	69
3. L'attention conjointe	75
4. Le pointage	81
5. Le tour de rôle	89

PARTIE II

LES PARTICULARITÉS SENSORIELLES

6. Le système sensoriel	97
7. Les spécificités tactiles	103
8. Les spécificités proprioceptives	123
9. Les spécificités olfactives	129
10. Les spécificités gustatives et alimentaires	145
11. Les spécificités auditives	177
12. Les spécificités vestibulaires	193
13. Les spécificités visuelles	201
<i>GLOSSAIRE</i>	227
<i>CONCLUSION</i>	231
<i>TABLE DES MATIÈRES</i>	233

Préface

DANS LE CADRE HISTORIQUE de l'évolution de la médecine et de la psychiatrie, nous avons connu de nombreux succès. Je resterai optimiste quand il s'agit, non pas de définir ce qu'est l'autisme, mais comment minimiser chez l'enfant, puis l'adulte, ses conséquences néfastes.

Les programmes de gouvernement se succèdent par « plans ». Peu de plans ont été aussi mal respectés que les « plans autisme ». Nous sommes entrés dans un quatrième plan avec espoir et conviction. Si cela était à prouver, ce livre est un témoignage direct et concret. Loin des théories qui alimentent souvent des conflits idéologiques sans générer de progrès, une approche factuelle et pédagogique m'apparaît plus modeste mais aussi inscrite dans un pragmatisme positif. Soignante et rééducatrice, Corinne Bastier ne se définit pas comme « chercheuse », mais bien davantage comme « inventrice » de techniques tendant à répondre aux déficits cliniques constatés et souvent généralisés.

Loin des conflits passionnants autant que subtils entre Kanner et Berquez, j'oserai dire « faisons ! ». Non qu'elle se réfugie dans un empirisme aveugle, mais bien dans une recherche concrète de méthodes d'exercices ou presque de jeux qui tentent de pallier les déficits constatés. « *Le progrès de stimulation, d'éducation, d'intégration, de sollicitation des patients améliorent le trouble autistique dans son intensité¹...* ».

1. Messerschmitt, P., *Clinique des syndromes autistiques*, Paris, Maloine, 1996.

Voilà son propos : aider à mieux vivre ou à vivre mieux. C'est là son ambition concrétisée dans les pages qui suivent. Prétendre offrir un nouvel outil de mieux être en stimulant les zones intactes ou dynamiques, sources de possibles relations nouvelles et vivantes.

Bernard RIVY

Médiateur départemental de la MDPH du Val d'Oise

Introduction

ORTHOPHONISTE libérale depuis plus de vingt ans, j'ai suivi des dizaines d'enfants présentant des troubles du spectre autistique. Pour certains, je les ai accompagnés, ainsi que leur famille, de la petite enfance à l'âge adulte ; je les ai vus grandir, s'épanouir, devenir de jeunes hommes et de jeunes femmes ! Je travaille également auprès d'adultes en ESAT (Établissement et Service d'Aide par le Travail).

Les orthophonistes ont un rôle essentiel dans l'accompagnement du dépistage. En effet, les parents viennent souvent nous consulter en priorité pour une absence ou un retard important de langage sans avoir pu interpréter les signes autistiques. Nous avons à les orienter vers d'autres professionnels de santé (médecin, psychiatre, psychologue, psychomotricien...) ou vers un service hospitalier spécialisé pour établir un diagnostic médical.

Par l'évaluation des troubles de la communication et du langage lors d'un bilan orthophonique, nous contribuons au diagnostic.

Malheureusement, les services hospitaliers, les divers services de soins et les cabinets d'orthophonistes en libéral sont surchargés et ne peuvent plus actuellement répondre aux nombreuses demandes dans un délai adéquat.

Or nous savons que la prise en charge précoce est un atout indiscutable, évitant le « sur-handicap ». En effet, la plasticité cérébrale¹ de l'enfant lui permet d'acquérir plus rapidement et plus facilement de nouveaux apprentissages.

1. Les notions accompagnées d'un astérisque sont définies dans le glossaire en fin d'ouvrage.

Face à ce constat, à la détresse des familles et aux nombreuses demandes d'informations des professionnels (éducateurs, auxiliaires de vie scolaire, enseignants), un projet s'est peu à peu dessiné. Je souhaitais partager mon expérience, expliciter les différences de ces enfants et de ces adultes, tout en offrant des pistes et des conseils pratiques.

Il ne s'agit pas d'un « livre de solutions magiques », mais plutôt d'une « boîte à outils ». Chaque enfant ou adulte étant différent, ses besoins particuliers et son évolution le sont également.

Pour certains, l'apprentissage d'une notion nécessitera de franchir des étapes intermédiaires qui pourront s'avérer extrêmement difficiles. Le rythme d'acquisition de toutes ces notions pourra nous paraître parfois lent ; nous laisserons alors plus de temps ou les représenterons ultérieurement.

Pour d'autres, certaines activités resteront inaccessibles de par leur degré de compréhension ou d'abstraction qu'elles nécessitent.

Afin de faciliter les apprentissages, nous avons introduit, tout au long de cet ouvrage, différents moyens de communication comme le langage oral, le langage écrit et les pictogrammes.

Le but de cet ouvrage n'est absolument pas que les parents ou les professionnels accompagnants deviennent des orthophonistes, mais qu'ils comprennent le fonctionnement perceptif et cognitif ainsi que les besoins des personnes ayant des troubles autistiques. Ils pourront également s'inspirer des méthodes et des moyens utilisés par l'orthophoniste afin de faciliter la généralisation des acquis. Le partenariat avec la famille, ainsi qu'avec l'ensemble des intervenants, garantira une plus grande cohérence du projet et de l'accompagnement de l'enfant ou de l'adulte.

Cet ouvrage s'articulera en trois grandes parties.

La première partie ou **préambule** présentera un rappel historique sur l'évolution des connaissances liées à l'autisme et les différentes méthodes d'intervention les plus utilisées. Elle précisera également les principes généraux relatifs à toute prise en charge de personnes souffrant de TSA (l'espace, le temps, les renforçateurs*, le langage et les moyens facilitateurs).

La deuxième partie portera sur les cinq pré-requis à la communication qui font défaut dans les troubles autistiques : l'imitation, la permanence de l'objet, l'attention conjointe*, le pointage* et le tour de rôle.

La troisième partie traitera de l'acquisition générale de la sensorialité, des spécificités concernant le TSA, et proposera des hypothèses pouvant expliciter ces particularités. Suivront sept chapitres correspondant aux sept sens, que j'ai choisi de présenter par ordre d'apparition chez le fœtus. A partir du 2^e mois de grossesse, le toucher et le système proprioceptif s'élaborent. Au cours du 3^e et du 4^e mois se développent l'olfaction et le sens gustatif. Au 5^e mois, l'audition

et le système vestibulaire apparaissent. Le dernier sens à se mettre en place est celui de la vue au 6^e mois de grossesse.

Tous les chapitres des parties I et II s'articulent en trois phases. La première est théorique et énonce le développement ordinaire et les spécificités des TSA. La deuxième propose des activités permettant d'accompagner la personne vers plus d'épanouissement et de bien-être. La troisième présente des conseils et des aménagements pour atténuer les troubles.

Toute la difficulté de notre action tient dans l'imbrication et l'interdépendance de toutes ces notions, tel un puzzle à plusieurs niveaux !

Il ne s'agira pas d'effectuer toutes les activités et de respecter rigoureusement l'ordre proposé dans cet ouvrage. Chacun sélectionnera les apprentissages à travailler en fonction des besoins de l'enfant ou de l'adulte.

Par exemple, si une personne souffre d'un trouble alimentaire, nous nous interrogerons sur la ou les causes possibles. Nous lui proposerons ainsi les activités adaptées à ses spécificités sans travailler tous les exercices mentionnés dans le chapitre « Les spécificités gustatives et alimentaires ».

La durée des activités proposées n'est pas indiquée, car elle dépend de multiples facteurs, comme l'attention, la difficulté de l'exercice, la fatigue et la disponibilité de la personne. Ce temps pourrait parfois ne se limiter qu'à quelques minutes.

Le but ne sera pas de travailler des heures d'affilée sur une notion, mais plutôt de privilégier la qualité, la répétition et la généralisation.

Si nous prenons l'exemple de la désensibilisation olfactive, il ne s'agira pas de passer une heure à jouer au loto des odeurs jusqu'à un total écœurement des deux participants, mais plutôt d'y consacrer régulièrement quelques minutes. Le but sera d'obtenir une progression même lente et nous serons ravis de constater que la personne accepte de sentir l'odeur de la fraise que nous lui proposons depuis plusieurs semaines.

Nous favoriserons également toutes les situations possibles dans la vie quotidienne pour travailler l'olfaction. Nous pourrions, par exemple, l'emmener faire quelques courses rapides dans un magasin qui diffuse un parfum d'ambiance particulier.

Toutes les activités seront proposées avec bienveillance et sans attente de réussite immédiate et totale. Il sera parfois nécessaire de présenter plusieurs fois un exercice, tout en laissant du temps entre chaque essai.

Afin que les apprentissages suscitent l'intérêt de l'enfant, nous veillerons à créer une atmosphère ludique et attrayante. Nous associerons également un renforçateur* matériel ou social afin de faciliter sa collaboration. Ces apprentissages seront privilégiés lors de temps calmes et préalablement indiqués sur son emploi du temps visuel.

Tout au long de cet ouvrage, nous avons inséré des cartes mentales ou cartes heuristiques. Il s'agit de représentations visuelles, sous forme de diagrammes,

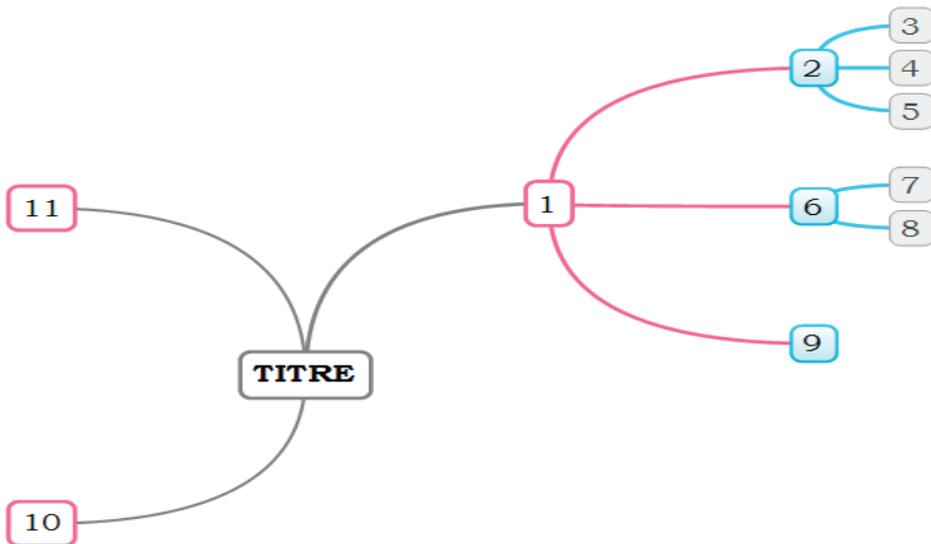
des différentes parties et sous-parties du livre. Elles se composent de quatre éléments :

- le centre ou le titre ;
- les branches principales ou les grands titres des chapitres (« Un peu de théorie », « Des activités » et « Des conseils » par exemple) ;
- les branches secondaires ou les sous-parties des chapitres (I, II, III...) ;
- les branches tertiaires (A), B), C)... ;
- les branches quaternaires (1., 2., 3.).

Ces cartes se lisent toujours dans le sens des aiguilles d'une montre.

Leur lecture commence par le centre qui représente le titre principal. Puis, elle se poursuit par la première branche qui se trouve en haut à droite (n°1). Nous entrons ensuite dans les détails en continuant vers la droite (branche n°2) et vers les branches qui lui sont attachées (n°3 à n°5) et passons ensuite à la branche n°6.... Lorsque la lecture de la première branche est terminée, nous passons à celle qui suit (n°10) et ainsi de suite jusqu'à la dernière branche (n°11).

Carte mentale type



Par facilité d'écriture, j'ai choisi d'utiliser le terme TSA au cours de ce livre pour parler des personnes souffrant d'un trouble du spectre autistique.

Bien que j'aie privilégié l'enfant, cet ouvrage rassemble des outils qui peuvent être utilisés par des adultes. Il suffira pour certaines activités d'avoir recours à un matériel moins enfantin.

Préambule

HISTORIQUE

Le mot « autisme » apparaît pour la première fois en 1911, dans l'ouvrage du psychiatre suisse Eugen Bleuler : Démence précoce ou le groupe des schizophrénies. Il a formé ce terme à partir du radical grec « auto » (soi-même) pour décrire la perte du contact avec la réalité.

Vingt ans plus tard, en 1930 la psychanalyste austro-britannique Mélanie Klein définit le terme de « schizophrénie infantile » en décrivant un « manque de contact affectif » et des « stéréotypies* », traits spécifiques de l'autisme.

Il faut attendre les années 40 pour que l'adjectif « autistique » réapparaisse, avec les termes de « trouble autistique du contact affectif » du pédopsychiatre Leo Kanner et de « psychopathie autistique » du psychiatre autrichien Hans Asperger (1).

Quarante ans plus tard, le DSM (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux) publié par l'Association américaine de psychiatrie dissocie « l'autisme infantile » de la schizophrénie.

Ce n'est qu'en 1983 que la psychiatre britannique Lorna Wing (2) pose les bases de la triade autistique en décrivant les particularités les plus fréquemment observées (3) :

- les troubles des interactions sociales ;
- les troubles de la communication verbale et non verbale ;

- le caractère restreint ou répétitif des intérêts ou des comportements.

À partir de 1987, la dénomination de ce trouble subit encore plusieurs transformations : « trouble autistique », puis « trouble envahissant du développement » (TED) en 1994 dans le DSM IV et enfin « troubles du spectre de l'autisme » (TSA) en 2013 dans le DSM V (4). La triade est transformée en dyade, dont les deux piliers seront développés à la fin du rappel historique.

En 1996, la France reconnaît enfin le syndrome autistique et les troubles qui lui sont apparentés comme un handicap (loi du 11 décembre 1996, dite Loi Chossy). Depuis, plusieurs « plans autisme » se succèdent en France afin de garantir un meilleur accompagnement des personnes souffrant de troubles autistiques et de leur famille. Le quatrième plan (2018-2022) vient de paraître.

DONNÉES ACTUELLES

Un peu plus de cent ans après les premières études sur le sujet, le taux de prévalence (pourcentage représentant le nombre de cas pathologiques dans une population) ne cesse d'augmenter.

En France, la Haute Autorité de Santé estime la prévalence à une naissance sur 150 en 2012 (5).

Aux États-Unis, la CDC (Centers for Disease and Control) rapporte une augmentation de 70 % entre 2007 et 2012 et un taux de prévalence à 1 enfant sur 50 en 2013. (6) Ces données doivent être néanmoins lues et interprétées avec prudence, car elles pourraient aussi être amplifiées par (7):

- un diagnostic plus précoce ;
- des outils de diagnostic plus précis ;
- une détection de symptômes plus légers ;
- une plus grande sensibilisation et reconnaissance de ce trouble par les parents, les professionnels de santé et la population en général.

Les personnes porteuses d'un trouble du spectre autistique constituent donc actuellement, et constitueront dans l'avenir, une proportion non négligeable de notre population.

Par conséquent, la notion d'autisme ne devra plus être synonyme d'isolement et de détresse, tant pour les personnes souffrant de ce trouble que pour leurs familles. Les parents nous confient trop fréquemment « leur combat » quotidien, « leur parcours du combattant », leur « bataille » face à la méconnaissance, « l'hostilité » et « le rejet » dont ils sont parfois victimes. Nous pourrions malheureusement nous croire en temps de guerre !

LA DYADE AUTISTIQUE

La complexité des troubles autistiques réside dans le fait qu'ils affectent plusieurs domaines, comme les interactions sociales, la communication verbale et non-verbale et provoquent des intérêts ou des comportements restreints ou répétitifs. C'est ce que l'on nomme la dyade autistique.

I. Des déficits persistants dans les interactions sociales et la communication

L'enfant se comporte comme s'il n'entendait pas ou ne voyait pas les autres :

- il semble ne pas entendre lorsqu'on lui parle et ne répond pas à son prénom, comme s'il était sourd ;
- il éprouve des difficultés pour établir un contact visuel, ce qui nuit au bon développement des pré-requis à la communication (l'imitation, la permanence de l'objet, l'attention conjointe*, le pointage* et le tour de rôle) ;
- il ne répond ni aux signes d'affection, ni aux sollicitations d'autrui.

Il lui est difficile, voire impossible d'interagir avec les autres :

- il exprime peu ou pas de demande ;
- il n'utilise pas le pointage* (il ne désigne pas en pointant du doigt) et préfère, par exemple, prendre la main de l'adulte pour montrer ou obtenir un objet désiré ;
- il présente peu ou pas d'intérêt au jeu ; il n'en comprend pas le sens, ne sait pas comment jouer avec les autres et s'enferme dans des activités répétitives et ritualisées. Il va, par exemple, trier les cubes par taille et couleur plutôt que de les utiliser pour faire un château !
- il ne partage pas ses plaisirs et ses intérêts avec les autres ;
- la reconnaissance et l'expression des émotions ainsi que l'interprétation des pensées et des sentiments d'autrui représentent une énigme absolue.

De façon générale, les troubles du langage peuvent concerner tant la communication orale que la gestualité qui l'accompagne :

- le langage oral est absent ou restreint et n'est pas compensé par des gestes ou des mimiques ;
- le langage non-verbal est limité et présente peu de gestes sociaux (comme faire « au revoir » de la main) et peu de mimiques faciales (comme le sourire).

Sur le versant réceptif (compréhension) du langage, les difficultés portent essentiellement sur :

- la compréhension des concepts abstraits, du sens figuré des expressions (comme « décrocher la lune ») et de l'humour ;
- la généralisation des mots (si l'enfant a appris le mot vache avec l'image d'une vache noire et blanche, une vache marron ne sera pas reconnue comme étant également une vache) ;
- la compréhension des phrases comportant des structures syntaxiques complexes (dans la phrase « il leur en donne chacun un », il a des difficultés à déterminer qui est « il », « leur », « chacun » et à quoi correspondent les mots « en » et « un ») ;
- la prise en compte des pauses marquées dans une phrase (« On va manger, mamie ! » pourra lui laisser croire que nous sommes devenus cannibales, car il aura entendu « On va manger mamie ! »).

Sur le versant expressif (la façon de parler), nous retrouvons les particularités suivantes :

- l'enfant répète de façon incessante les mêmes phrases apprises par cœur (écholalie différée) dans des émissions télévisées, des dessins animés, des films ou des livres ;
- il reproduit ce que nous venons juste de lui dire (écholalie immédiate) ;
- il peut parsemer son discours de mots qui n'existent pas (des néologismes) ;
- il parle de lui en inversant les pronoms « je » et « tu » ou en utilisant la troisième personne (« il » ou « elle ») ;
- la voix peut être trop chantante ou trop monotone, trop forte, trop aigüe ;
- le débit de parole est parfois saccadé ;
- son langage n'a pas toujours un but social : il ne cherche pas vraiment à nous parler, à entrer en interaction lorsqu'il s'adresse à nous ;
- il ne parle que de son sujet de prédilection et ce, de façon obsessionnelle et permanente ;
- il lui est difficile de débiter, entretenir ou terminer une conversation (absence de salutations, de questions, de commentaires, pas de respect du tour du rôle dans l'échange, monopolisation de la discussion et arrêt sans préavis).

II. Le caractère restreint ou répétitif de comportements, d'intérêts ou d'activités

- L'enfant développe des stéréotypies (des mouvements et des gestuelles anormaux et répétitifs). Il pourra ainsi tourner ou se balancer sur

lui-même, agiter les mains. Il passera un temps infini à aligner, empiler ses jouets dans un ordre déterminé.

- Les jouets ou les objets sont détournés de leur fonction première : le seul intérêt d'une voiture miniature sera de faire tourner rapidement et indéfiniment ses roues ;
- Les jeux sont exempts de symbolisme : il ne construit que peu ou pas d'histoires mises en scène et les jeux de « faire-semblant » comme jouer à la marchande sont absents ;
- Les centres d'intérêt peuvent également être restreints (comme par exemple les horaires de trains) et d'une intensité trop importante, devenant ainsi le seul moyen de communication avec son entourage. Ces attentions particulières peuvent aussi concerner le domaine sensoriel (sentir tous les objets, être captivé par les lumières).
- Le moindre changement dans son environnement est source d'angoisse et de confusion, comme se rendre dans un nouveau lieu ou une modification de son trajet habituel suite à une déviation. Face à cette résistance aux changements, il met en place de nombreux rituels qui le rassurent, comme boire toujours dans le même verre ;
- À toutes ces particularités peuvent s'ajouter également des troubles de la sensorialité. Tous ou une partie des sens peuvent être perturbés. Ces altérations développent deux grands profils : l'hypersensorialité (les sens sont exacerbés) et l'hyposensorialité (les sensations sont comme endormies).

LES MÉTHODES « ÉDUCATIVES »

Il me paraît également souhaitable de présenter un rapide aperçu des différentes méthodes d'intervention actuelles auprès des personnes souffrant de TSA.

Depuis Mars 2012, date du dernier rapport de la Haute Autorité de Santé (HAS), certaines pratiques ne sont pas recommandées, du fait de l'absence de données suffisantes sur leur efficacité et sur le caractère exclusif de leur application. Il s'agit du Floor Time, du programme Son Rise® et de la méthode des 3i.

Les pratiques suivantes sont, en revanche, recommandées par la HAS (8).

I. L'ABA

L'Applied Behavior Analysis ou analyse appliquée du comportement a été conçue par Ole Ivar Lovaas aux États-Unis dans les années 1960. Elle s'appuie sur l'analyse des comportements. L'objectif est double : réduire les attitudes non adaptées ainsi que

soutenir et enseigner des comportements plus appropriés. Elle tend à développer les compétences par la mise en œuvre de moyens de communication. Ce programme nécessite une prise en charge intensive et une équipe pluridisciplinaire formée.

II. La méthode TEACCH

Cette méthode (*Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped-Children* ou Traitement et éducation des enfants autistes ou atteints de trouble de la communication associé) a été conçue par Eric Schopler aux États-Unis dans les années 1960. Son objectif est le développement et l'autonomie de la personne par la structuration de l'environnement (de l'espace, du temps et l'utilisation de supports visuels).

III. Le « modèle d'intervention précoce de Denver »

Le modèle de Denver (Early Start Denver Model ou ESDM) développé aux États-Unis dans les années 1980 par Sally J. Rogers et Geraldine Dawson, correspond à une prise en charge de type développemental. Il vise la construction des interactions et de la communication sociale tout en mettant l'accent sur les apprentissages de tous les domaines de développement.

Ces prises en charge sont généralement accompagnées de séances d'orthophonie, de psychomotricité et de psychothérapie.

IV. Les méthodes associées

Des programmes plus spécifiques à la communication peuvent également être utilisés, comme celui de la communication augmentative (lorsque le langage est peu compréhensible) et alternative (lorsque le langage oral est absent). Ces méthodes de communication proposent des outils qui vont soutenir la compréhension et faciliter l'expression des besoins et des désirs en fonction de la personne et de ses compétences. Plusieurs types de moyens peuvent être proposés. Leur utilisation peut être temporaire ou permanente.

Il existe plusieurs types de moyens :

- les *moyens gestuels*, comme la langue des signes française (LSF) ;
- les *moyens visuels*, comme le Makaton ou le PECS (« Picture Exchange Communication System ») ou « Outil de communication par échange d'images » ;