

**PSYCHOMOTRICITE ET
PROGRAMMES D'INTERVENTION
GLOBALE DANS LA PRISE EN
CHARGE PRECOCE DU JEUNE
ENFANT ATTEINT D'AUTISME.**

**ILLUSTRATION PRATIQUE EN
CAMSP**

**Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de
Psychomotricien**

Institut de Formation en Psychomotricité de Toulouse

REMERCIEMENTS

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

RESUME :

L'autisme est un trouble qui a des conséquences sur le développement de l'enfant. Le diagnostic de ce trouble est aujourd'hui possible dès 18 mois. Il n'existe pas de traitement qui ne permet de soigner l'autisme. Mais certaines interventions permettent des améliorations au niveau de la communication, de l'autonomie, du comportement et du quotient intellectuel (interventions précoces).

La rééducation psychomotrice peut s'appuyer sur les principes théoriques et utiliser les stratégies décrites dans ces modèles d'intervention. Dans le but de favoriser le déroulement des séances de psychomotricité, et de parvenir aux objectifs établis pour l'enfant.

Mots clés : autisme, intervention précoce, développement, psychomotricité, jeune enfant.

ABSTRACT :

Autism is a disorder that affects the development of the child. the diagnosis of this disorder is now possible from 18 months. There is no treatment that can cure autism. but some interventions allow improvements in communication, autonomy, behavior and IQ (early intervention).

Psychomotor rehabilitation can rely on theoretical principles and use the strategies described in these intervention models. In order to facilitate the conduct of meetings psychomotricity, and achieve the goals set for the child.

Keys words : autism, early intervention, development, psychomotricity, young child.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
I. L'AUTISME ET LE JEUNE ENFANT :	2
L'AUTISME UNE PATHOLOGIE NEURO-DEVELOPPEMENTALE...	2
Généralités :	2
1.1 Court historique et définition :.....	2
1.2 Classification des troubles envahissants du développement : comparaison entre les différentes classifications.	3
1.3 Epidémiologie :.....	3
2. Sémiologie de l'autisme infantile :.....	4
2.1 Critères diagnostiques :.....	4
2.1.1 La triade symptomatologique de la CIM 10	4
2.1.2 les critères du DSM V :	5
2.2 signes précoces :	5
2.2.1 les différentes méthodologies de recherche :.....	5
2.2.2 Données actuelles sur les signes précoces d'autisme:	7
2.2.3 Les signes d'alerte d'autisme :.....	7
3. Le diagnostic précoce de l'enfant atteint d'autisme:.....	8
3.1 démarche d'évaluation diagnostic :	8
3.1.1 le dépistage précoce de l'autisme	8
3.1.2 La démarche diagnostique :.....	9
3.2 Evaluation fonctionnelle et du niveau de développement :.....	10
3.3 investigations complémentaires :	11
... QUI IMPACTE LE DEVELOPPEMENT ET LES CAPACITES DU JEUNE ENFANT.....	12
Le développement cognitif :	12
1.1 Un constat chez le sujet autiste: un profil psychométrique hétérogène.	12
1.2 Intérêt pour les détails :	12
1.3.1 intérêt pour les détails et ilots d'habiletés visuo-spatiales :	12
1.3.2 intérêt pour les détails et identification des visages :	13
1.3.3 intérêt pour les détails dans l'environnement visuel :.....	13
1.3.4 intérêt pour les détails et faible cohérence centrale :	13
1.4 conclusion :	14
2. Le développement des compétences sociales et de la communication :	14
2.1 Interactions précoces et communications non verbales	15
2.1.1 Les anomalies du contact social dans les premiers mois :.....	15
2.1.2 La gestuelle de communication :.....	15
2.2 Interaction sociale et communication verbale.....	16
2.2.1 Développement atypique du langage.....	17

2.3	Conclusion :.....	18
3.	Le développement psychomoteur :	19
3.1	L'aspect moteur :.....	19
3.1.1	posturo-motricité et tonus :.....	19
3.1.3	coordinations oculo-manuelles :.....	21
3.1.4	intentionnalité et « pragmatique du mouvement »	22
3.2	l'aspect sensoriel	22
3.2.1	sensibilités visuelle et auditive :	22
3.2.2	sensibilité tactile	23
3.3	Développement de l'imitation	24
3.4	le développement des fonctions exécutives	25

II. PRISE EN CHARGE GLOBALE DE L'AUTISME, PRECOCITE ET PSYCHOMOTRICITE26

	LA PRISE EN CHARGE DES JEUNES ENFANTS AVEC AUTISME :	26
	<i>Les caractéristiques des interventions auprès des jeunes enfants atteints d'autisme :</i>	
	26	
1.1	Précoces et intensives :.....	26
1.2	Pluridisciplinaires, globales et coordonnées :.....	27
1.3	Axées sur des objectifs thérapeutiques, éducatifs et pédagogique de façon individualisée :.....	27
1.4	En collaboration avec les parents.....	28
1.5	Avant 4ans : comment prendre en charge un enfant avec TSA ?	29
2.	<i>La place de la psychomotricité au sein de cette prise en charge :</i>	29
2.1	Le rôle du psychomotricien : expert dans le développement des compétences motrices, praxiques, gnosiques et sensorielles.....	29
2.2	Le psychomotricien : un intervenant de choix auprès des tous petits.....	30
	LA PLACE DE LA PSYCHOMOTRICITE AU SEIN DE DIFFERENTS PROGRAMMES D'INTERVENTION :	31
	<i>L'éducation structurée à tous les âges</i>	31
1.1	la méthode ABA et les programmes ABA : une approche comportementale de l'autisme	31
1.1.1	la méthode ABA :	31
1.1.2	Les caractéristiques des programmes basés sur la méthode ABA :	31
1.1.3	les apports de ces programmes :	33
1.2	le programme TEACCH : une approche développementale de l'autisme:	34
1.2.1	Introduction et historique.....	34
1.2.2	Les apports de la théorie et des connaissances sur l'autisme :	35
1.3	Enrichissement mutuel entre éducation structurée et psychomotricité :.....	39
	(Miquel-Grenier, 2013)	39
1.3.1	L'optimisation de la pratique psychomotrice grâce à l'éducation structurée	39
1.3.2	La psychomotricité au service de l'éducation structurée	40
2.	<i>Les interventions en autisme spécifiques aux jeunes enfants</i>	41

2.1	<i>L'éducation intégrée aux interactions sociales positives chez le jeune enfant : le programme de Denver et l'ESDM</i>	41
2.1.1	Le programme de Denver : (Rogé, B., 2013).....	41
2.1.2	L'ESDM : early start Denver model	41
2.2.1	présentation de la TED	46
2.2.2	les bases neurofonctionnelles et développementales	46
2.2.3	les principes généraux :	47
2.2.4	les objectifs et les effets de la TED sur le développement et le comportement des enfants atteints d'autisme	48
2.3	la place de la psychomotricité dans les programmes d'intervention précoce en autisme.....	49

III. ILLUSTRATION PRATIQUE EN CAMSP :51

A)	LOUIS	52
1.1.	Anamnèse :	52
1.2.	Examen médical : 3ans 6mois.....	52
1.3	l'évaluation pluridisciplinaire :	53
1.3.1	Bilan orthophonique :	53
1.3.2	Bilan psychologique :	54
1.3.3	observations de l'éducatrice :	55
1.4	le bilan psychomoteur :	56
1.4.1	<i>VAIVRE DOURET</i>	56
1.4.2	Rapport à l'espace, aux objets	56
1.4.3	Rapport à soi à l'autre :	57
1.5	Synthèses et élaboration du projet thérapeutique personnalisé :	57
2.	La prise en charge individuelle en psychomotricité	58
2.1.	Les objectifs et les axes de travail	58
2.2.	Déroulement des séances.....	60
2.3.	évolution de Louis	61
2.3.1	Re-test :	61
2.3.2	Bilan neuropsychologique :	63
3.	Prise en charge en groupe psycho-psychomotricité :	64
3.1	présentation du groupe « Toi, Moi, Nous » :.....	64
3.1.1	objectifs du groupe :	64
3.1.2	objectifs spécifiques pour Raphaël	64
3.1.3	modalités d'accueil et déroulement des séances	65
3.2	L'entrée de Louis dans ce groupe :	65
	La relation avec ses pairs : comment il établit le contact, s'il existe des échanges et des interactions avec les autres	66
3.3	L'évolution de Louis au sein de ce groupe :	67
1.	présentation de Noah	68
1.1	Anamnèse :	68
1.2	Examen pédiatrique :	68
	Un bilan auditif fait en janvier 2013 ne montre pas de déficit auditif	69

1.3	Evaluation pluridisciplinaire	69
1.3.1	Bilan orthophonique :	69
1.3.2	Observations de l'éducatrice :.....	69
1.3.3	Bilan psychologique	70
1.4	Le bilan psychomoteur	71
2.	<i>Le projet d'interventions personnalisé au profil de Noah.....</i>	73
3.	<i>la prise en charge psychomotrice individuelle</i>	74
3.1	Les objectifs et les axes de travail de l'intervention psychomotrice :.....	74
3.2	Déroulement des séances et moyens employés	75
3.3	Participation et comportement de Noah :	76

DISCUSSION78

CONCLUSION79

BIBLIOGRAPHIE81

ANNEXES84

INTRODUCTION

De nombreuses polémiques existent autour de l'autisme. Depuis maintenant plusieurs années, elles font beaucoup de bruit dans le monde de la santé. Il est dit que la France est en retard, notamment par rapport à nos voisins outre atlantique. L'état tente de rattraper ce retard par des campagnes de sensibilisation, et l'instauration de nouvelles directives et recommandations en matière de diagnostic. Ces nouveautés ainsi que la traduction et la validation de nouveaux outils, permettent de diagnostiquer l'autisme de plus en plus tôt. De plus en plus d'enfants sont adressés, dans le cadre d'une suspicion d'autisme ou de troubles apparentés, aux structures spécialisées dans l'accueil du jeune enfant comme les CAMSP.

En parallèle à ce phénomène on observe l'augmentation progressive de l'engouement pour certaines approches et méthodes. Les programmes et modèles d'intervention dits spécifiques à l'autisme sont très nombreux et il est facile de perdre dans la jungle de la littérature concernant l'autisme.

Cependant certains programmes semblent sortir du lot. Ces programmes basés sur la prise en charge de l'enfant autiste dans la globalité semblent avoir fait leurs preuves. Ils reposent sur certains principes comme notamment la précocité de la prise en charge pour une meilleure efficacité. Ils s'adressent à tous les professionnels et intervenants concernés par l'enfant autiste, dont le psychomotricien.

Mais comment le psychomotricien peut être intégré à ces programmes, et intégrer lui-même le contenu de ces modèles dans la prise en charge du jeune enfant avec autisme, tout en conservant sa spécificité ?

Afin de répondre à cette question ou du moins de tenter d'apporter quelques éléments de réponse, ce mémoire décrit dans une première partie les particularités présentées chez le très jeune enfant atteint d'autisme et les conséquences que cela a sur son développement, pour apporter une image la plus détaillée possible de ces enfants. Dans une seconde partie, est abordée la question de la prise en charge du jeune enfant avec autisme : les recommandations, les différents programmes d'intervention globale et la place de la psychomotricité. La dernière partie illustre la progression de la réflexion mise en œuvre dans cet écrit, par la présentation de deux enfants atteints d'autisme et bénéficiant de psychomotricité au sein d'un CAMSP.

I. L'AUTISME ET LE JEUNE ENFANT :

A) L'autisme une pathologie neuro-développementale...

1. Généralités :

1.1 Court historique et définition :

Au cours du temps, et au fur et à mesure de l'avancée des connaissances scientifiques, la définition de l'autisme a évolué. En effet, à l'origine le terme d'autisme a été introduit par Bleuler (1911) pour qualifier le retrait relationnel symptomatique de la schizophrénie. Trente années plus tard c'est Léo Kanner qui utilisera ce terme pour désigner un syndrome spécifique de l'enfant, qu'il nomme dans un premier temps « perturbation autistique du contact affectif » puis « autisme infantile ». En 1943, il publie les descriptions de onze enfants qui ont des difficultés relationnelles et communicationnelles. Sa démarche est alors de différencier les psychopathologies de l'enfant, de celles de l'adulte et de distinguer ces enfants « étonnamment intelligents », des enfants retardés mentaux ou « déments précoces », avec qui ils étaient jusque-là assimilés.

Dans les années quatre-vingt la parution de la troisième version du manuel statistique des troubles mentaux de l'association américaine de psychiatrie (APA 1980), classe l'autisme dans la section des « troubles globaux du développement » qui deviendront avec la parution du DSM-IV (APA 1994) « les troubles envahissants du développement ». La notion de psychose précoce longtemps associée à l'autisme est abandonnée.

L'OMS définit alors l'autisme comme « un trouble envahissant du développement (TED), caractérisé par un développement anormal ou déficient, manifesté avant l'âge de trois ans avec une perturbation caractéristique du fonctionnement dans chacun des trois domaines suivants :

- Les interactions sociales réciproques,
- La communication,
- Les comportements au caractère restreint et répétitif ». (CIM-10)

Actuellement le terme de « troubles envahissant du développement » tend à être substitué par le terme de « trouble du spectre autistique », suite notamment à la parution du DSM-V.

Le terme de spectre autistique est apparu il y a une dizaine d'années, suite aux nouvelles connaissances qui font état d'une origine plurifactorielle, et de la variabilité des tableaux cliniques, des trajectoires évolutives, et des troubles associés. Il rend compte d'une conception

plus large des troubles autistiques. En 2008 Bernadette Rogé les définit comme « un ensemble de désordres d'apparition précoce (anomalie de l'organisation et du fonctionnement cérébral) qui viennent perturber l'évolution du jeune enfant et qui induisent des déficits et des anomalies qualitatives dans le fonctionnement intellectuel, sensoriel, moteur et langagier ».

En résumé, l'autisme est un trouble neuro-développemental, qui affecte le développement de l'individu de manière globale. Son diagnostic est clinique, dans la mesure où il n'existe pas à l'heure actuelle de marqueurs biologiques. Ce trouble présente une grande variabilité interindividuelle et intra-individuelle. Les caractéristiques de l'autisme évoluent tout au long de la vie de la personne en fonction de la sévérité de ses symptômes, de son environnement, de ses expériences et de ses spécificités propres. L'autisme peut être associé à de nombreux autres troubles, et signes cliniques : comme le retard développemental (cognitif, langagier, moteur), les anomalies motrices (motricité fine, globale ou faciale), à des perturbations dans les acquisitions de l'autonomie (alimentation, propreté, sommeil), à des particularités dans la sensorialité, à des difficultés d'imitation (Imiter pour grandir, J.Nadel, 2011), à l'épilepsie, au syndrome du X fragile, à l'incapacité d'apprentissage non verbal (IANV), des troubles médicaux, des troubles psychiatriques (dépression, anxiété, troubles obsessionnels compulsifs...).

1.2 Classification des troubles envahissants du développement : comparaison entre les différentes classifications.

Dans le cadre des troubles envahissants du développement, la classification internationale des maladies (CIM-10) est la classification de référence.

Les TED sont classés par la CIM-10 dans les troubles du développement psychologique : « Les TED sont un groupe de troubles caractérisés par des altérations qualitatives des interactions sociales réciproques et des modalités de communication, ainsi que par un répertoire d'intérêts et d'activités restreint, stéréotypé et répétitif. Ces anomalies qualitatives constituent une caractéristique envahissante du fonctionnement du sujet, en toutes situations. »

ANNEXE N°1 : TABLEAU DE CORRESPONDANCES CIM 10 – DSM IV – TR

1.3 Epidémiologie :

La prévalence des troubles envahissants du développement est de 6 à 7/1000, et celle de l'autisme de 2/1000 dans la littérature internationale. Le sex ratio est de 3 à 4 garçons

d'atteints d'autisme pour une fille atteinte. Mais peu d'études épidémiologiques ont été menées en France.

Delobel, Van Bakel, Klapouszczak, Vignes, Maffre et Raynaud (2003) ont publié une étude menée dans deux départements français, sur le taux de prévalence global chez les enfants de huit ans nés entre 1995 et 2002. Les données ont été prises dans des structures qui enregistrent tous les cas de troubles envahissants du développement, après accord parental. Les données recueillies dans les dossiers médicaux ont été traitées et les diagnostics ont été codés selon la CIM 10. Le taux de prévalence a été calculé pour 10 000 enfants résidant dans leur huitième année, dans chaque département. Ce taux était de 31.9 pour 10 000 en Haute-Garonne, avec un sex-ratio de 3.8 garçons pour une fille et dont 32.8% des diagnostics concernait un diagnostic d'autisme infantile. En Isère le taux de prévalence global sur l'ensemble de la période était de 34.9 pour 10 000, avec un sex-ratio de 3.5 garçons pour une fille et avec 19.5% de diagnostic d'autisme infantile. Une tendance à l'augmentation sur l'ensemble de la période a été observée en Haute-Garonne.

Les données issues des deux registres français sont tout à fait comparables et montrent des taux de prévalence des TED qui se situent dans la fourchette basse de ceux publiés dans la littérature internationale.

2. Sémiologie de l'autisme infantile :

2.1 Critères diagnostiques :

2.1.1 La triade symptomatologique de la CIM 10

Le diagnostic d'autisme est posé selon les critères de la classification internationale des maladies (CIM-10). Il repose sur la présence de signes appartenant à la triade symptomatologique suivante :

- Altération qualitatives des interactions sociales ;
- Altérations qualitatives de la communication ;
- Intérêts restreints.

ANNEXE N°2 : critères diagnostiques de la CIM 10

ANNEXE N° 3 : Figure 1 : Synthèse des signes diagnostiques selon Thierry Maffre

Ces troubles peuvent être associés à d'autres manifestations : des phobies, des perturbations du sommeil et de l'alimentation, des crises de colère et des gestes auto-agressifs.

2.1.2 les critères du DSM V :

Le DSM V apporte une vision plus dimensionnelle, en introduisant la notion de continuum autistique (variation de l'intensité de la symptomatologie). La triade symptomatologique laisse place à une dyade : les altérations qualitatives des interactions sociales et les altérations qualitatives de la communication sont regroupées sous un même terme, celui de déficit de communication sociale.

Les critères diagnostics du DSM V sont les suivants :

- Déficit de communication sociale : qui regroupe un déficit de réciprocité socio-émotionnelle, un déficit dans les comportements de communication non verbale utilisés dans les interactions sociales, un déficit dans le développement et l'entretien des relations à autrui.
- Comportements restreints et répétitifs : qui se manifeste par un discours, des mouvements ou une utilisation d'objets stéréotypés ou répétitifs, un attachement excessif à des routines, des comportements ou des discours ritualisés, ou une résistance excessive aux changements, des intérêts particulièrement restreints et sélectifs anormalement focalisés ou intensifs, une hyper ou hyporéactivité à des stimulations sensorielles ou des intérêts inhabituels pour des aspects sensoriels de l'environnement.

2.2 signes précoces :

« *Aucun signe n'est véritablement pathognomonique. C'est leur groupement, leur intensité et leur tendance à persister qui attire l'attention et permettent d'évoquer le diagnostic* » (Sauvage 1988)

2.2.1 les différentes méthodologies de recherche :

2.2.1.1 méthode rétrospective :

La méthodologie rétrospective est la première employée dès les années soixante-dix dans l'étude des signes précoces d'autisme. Les études rétrospectives s'intéressent aux enfants pour lesquels un diagnostic d'autisme a déjà été posé. Il s'agit d'obtenir des informations sur le passé de ces enfants, et notamment durant la petite enfance. Elles se basent sur des questionnaires ou des entretiens avec les parents. Le point de vue des parents

est important à prendre en compte, leurs préoccupations ou inquiétudes sont souvent précises pour prédire un problème de développement. Les parents sont les premiers à suspecter un problème chez leur enfant. En 1990 Rogers et Di Lalla ont réalisé une méta-analyse montrant que : 38% des parents d'enfant diagnostiqué autiste déclarent avoir remarqué quelque chose d'anormal durant la première année de vie, 41% durant la deuxième année, 16% déclarent le début des troubles entre la deuxième et la troisième année de vie, 5% s'en rendent compte plus tard.

Des limites existent à cette manière de procéder. En effet cela demande un effort mnésique et émotionnel pour les parents. On leur demande de se rappeler de souvenirs qui peuvent être difficiles, douloureux. De plus, quand l'enfant est grand, il peut être difficile pour eux de se rappeler exactement comment était leur enfant lorsqu'il était tout petit. Les données peuvent être incomplètes, voire déformées, et manquer d'objectivité (Donnadieu et Aussilloux 1991).

2.2.1.2 méthode prospective :

Les études prospectives consistent à suivre dès leur plus jeune âge des enfants à risque d'autisme. Soit ce sont des enfants qui ont un grand frère ou une grande sœur ayant reçu le diagnostic d'autisme, car il existe de fortes caractéristiques génétiques dans l'autisme, leur risque de développer cette pathologie est donc plus élevé (Gamliel et al 2009) ; soit des enfants atteints d'anomalies génétiques ou atteints de troubles du développement précoce. Ces études servent au dépistage précoce (Dietz et al 2006) et à la validation d'échelle, ou d'outils de « screening ». Dans cette façon de procéder les protocoles de recherche sont plus rigoureux. Les signes sont objectivés par des techniques innovantes, par exemple le « eye tracking » permet de voir ce que regarde l'enfant et de voir ainsi les différences entre les bébés atteints d'autisme et les autres bébés du même âge (Merin et al 2007 ; Young et al 2009).

Toutefois des difficultés existent dans cette méthode. En effet, il existe des enfants présentant initialement des signes autistiques mais qui au fur et à mesure du temps n'en présentent plus (les faux positifs), et d'autres qui ne présentaient aucuns signes initialement mais qui en présenteront plus tard (les faux négatifs). Cela a un impact sur la précocité du diagnostic. De plus la sensibilité et la spécificité des outils utilisés varient.

2.2.1.3 L'étude des films familiaux :

C'est une démarche rétrospective qui ne permet pas de mettre en place des protocoles expérimentaux. Néanmoins elle permet de montrer l'enfant dans son milieu naturel et en condition de vie ordinaire. En 1941 Gesell et Amaturda utilisent pour la première fois les films familiaux pour observer les différences entre les comportements d'enfants au développement normal et ceux d'enfants au développement atypique.

Depuis les années soixante-dix l'étude des films familiaux est de plus en plus utilisée dans l'investigation des comportements des enfants avec autisme (Massie 1977,1978 ; Rosenthal et al 1980).

C'est une démarche plus objective que les questionnaires parentaux (Gattegno et al 2005) mais qui demande une certaine rigueur méthodologique.

2.2.2 Données actuelles sur les signes précoces d'autisme:

Avant 2 ans le tableau autistique peut être incomplet, les troubles peuvent passer inaperçus jusqu'au constat du retard de langage qui reste le motif d'alerte le plus fréquent. Certaines études définissent des signes chez l'enfant comme marqueurs de trouble du développement mais sans avoir la possibilité d'en spécifier la nature neuro-développement. Les signes observés dans les différentes études sont souvent non spécifiques à la pathologie, et ne permettent pas d'écarter d'autres diagnostics différentiels (autres troubles sévères du développement : retard psychomoteur, dysphasie, déficience intellectuelle...) notamment avant l'âge de 24 mois. De plus le jeune enfant n'a pas forcément encore acquis l'équipement développemental nécessaire à l'expression de l'ensemble de la triade autistique.

Cependant certains auteurs ont essayé de distinguer des signes spécifiques à l'autisme. Adrien et Barthélémy (1994) ont comparé deux groupes d'enfants : un d'enfants avec autisme et le deuxième d'enfants avec déficience intellectuelle. Ils ont ainsi montré que les signes qui distinguaient les deux groupes appartenaient aux troubles de la communication, aux troubles perceptifs et à l'utilisation particulière des objets. Les caractéristiques qui distinguaient ces deux groupes à un an sont la réponse au prénom et le regard vers les autres, défaillant chez l'enfant autiste (Osterling et al 2002 ; Werner et al 2000).

ANNEXE N°4 : présentation des signes précoces recensés dans plusieurs études, sous forme de deux tableaux, un abordant les signes observables durant la première année, et le second durant la deuxième année de vie de l'enfant avec autisme.

2.2.3 Les signes d'alerte d'autisme :

La Haute Autorité de Santé (HAS) en 2005 dans ses recommandations pour la pratique professionnelle du diagnostic d'autisme retient ces signes suivants comme devant donner l'alerte :

L'absence de babillage, de pointage ou d'autres gestes sociaux à 12 mois
L'absence de mots à 18 mois
L'absence d'association de mots à 24 mois (non écholalique)
Une perte du langage ou de compétences sociales à n'importe quel âge.

3. Le diagnostic précoce de l'enfant atteint d'autisme:

Le diagnostic précoce : prend en compte des inquiétudes parentales, limite l'errance et le stress des familles et leur permet d'avoir accès à l'information et à des conseils pratiques, permet une meilleure compréhension pour un meilleur ajustement des professionnels et des personnes qui entourent l'enfant, permet la mise en place de prises en charge précoces de l'enfant favorisant son évolution développementale, permet la prise en charge des troubles associés.

3.1 démarche d'évaluation diagnostic :

3.1.1 le dépistage précoce de l'autisme

. Saint-Georges et al dans l'article « signes précoces d'autisme : d'où vient-on ? Où va-t-on ? » (in neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, 2013), expliquent que des équipes de recherche ont tenté de trouver des outils de « screening » pour identifier les enfants atteints d'autisme le plus précocement possible. La création de ces outils de dépistage est réalisée grâce au suivi d'enfants à haut risque ou à partir d'enfants déjà diagnostiqués autistes (confrontation de l'outil de screening au jugement du clinicien ou à d'autres outils validés).

De plus ils rappellent qu'il existe une instabilité du diagnostic avant 24 mois. En effet le diagnostic initial, même posé avec des instruments valides, peut évoluer de plusieurs manières : la suspicion d'autisme peut se diriger vers une « guérison », ou vers un retard de développement sans traits autistiques. Ou au contraire les troubles autistiques peuvent se manifester après un dépistage négatif, dans le cas d'un autisme à début tardif. Ils préconisent donc de suivre les enfants jusqu'à leurs 3 ou 4 ans pour pouvoir confirmer le diagnostic d'autisme, n'empêchant pas la mise en place d'interventions précoces.

Les outils de dépistage (ou outils de screening) chez le jeune enfant :

Le CHAT : *check list for autism in toddlers*. Cet outil est le plus recommandé. Il est disponible en français mais il n'a pas encore été validé en France. Il se compose de 9 items pour les

parents et de 5 autres destinés à l'observation de l'enfant par l'examineur. Spécifique mais peu sensible en population générale. Cet outil est utilisable à partir de 18 mois.

Le M-CHAT : *modified CHAT*. Cet outil prend la forme d'un questionnaire fermé de 23 items. Il est plus sensible mais moins spécifique. Il est en cours d'évaluation.

L'ADBB : c'est une échelle française comportant 8 items cotés de 0 (rien à signaler) à 4 (anomalie sévère). Mais cet outil n'est pas spécifique à l'autisme.

Il existe d'autres outils de dépistage mais la plupart n'ont pas encore démontré leurs qualités métriques (sensibilité, spécificité, valeur prédictive...). De plus aucun de ces instruments ne permet le dépistage de l'autisme avant l'âge de un an, et il est souvent difficile de discriminer l'autisme des autres diagnostics différentiels (retard de développement global et dysphasie).

3.1.2 La démarche diagnostique :

Il n'y a pas d'organisation standard de la procédure diagnostique. Le diagnostic clinique de l'autisme nécessite l'intervention coordonnée et pluridisciplinaire de professionnels formés et expérimentés dans le domaine de l'autisme qui ont à examiner les aspects psychopathologiques et de développement.

Les outils d'évaluation diagnostic :

Outils d'évaluation diagnostic	description	Qualités métriques
<u>ADI-R</u> : <i>autism Diagnosis interview revised</i>	<p><u>Auteurs</u> : C.Lord, M.Rutter et A.Lecouteur en 1994 Et traduit en français par B.Rogé</p> <ul style="list-style-type: none"> • guide d'entretien semi-structuré avec les parents : recueil d'informations sur les comportements de l'enfant • Durée de 2 heures environ • Référence : CIM 10 ou DSM-IV-TR • A associer à l'ADOS-G • Formation et entraînement spécifique de l'examineur • à partir de 3ans 	<ul style="list-style-type: none"> - sensible - spécifique - discriminatif du retard mental et des troubles spécifiques du langage (4-5 ans)

Outils d'évaluation diagnostic	description	Qualités métriques
ADI-R : <i>autism Diagnosis interview revised</i>	<p><u>Auteurs</u> : C.Lord, M.Rutter et A.Lecouteur en 1994 Et traduit en français par B.Rogé</p> <ul style="list-style-type: none"> • guide d'entretien semi-structuré avec les parents : recueil d'informations sur les comportements de l'enfant • Durée de 2 heures environ • Référence : CIM 10 ou DSM-IV-TR • A associer à l'ADOS-G • Formation et entraînement spécifique de l'examineur • à partir de 3ans 	<ul style="list-style-type: none"> - sensible - spécifique - discriminatif du retard mental et des troubles spécifiques du langage (4-5 ans)
ADOS-G : <i>autism diagnostic observation schedule-generic</i>	<p><u>Auteur</u> : C.Lord et al 1989 Traduit et validé par B.Rogé</p> <ul style="list-style-type: none"> • = outil d'observation semi structuré composé de 4 modules, choisis en fonction du niveau de langage et de développement de la personne : <p>Module 1= pour les enfants peu verbaux ou non verbaux Modules 2 et 3 = niveaux intermédiaires Module 4= pour les adolescents et les adultes avec un niveau de langage élaboré.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durée entre 30 et 40 min • Références : CIM 10 ou DSM-IV-TR (recueil 	<ul style="list-style-type: none"> - Bonnes qualités métriques - Discriminatif des TLSO

**remarque : une autre version ADOS-2 pouvant s'adresser notamment à des enfants plus jeunes et permettant de préciser l'intensité de la symptomatologie (pour les modules de 1 à 3) a été développée mais n'est pas encore disponible en France.*

3.2 Evaluation fonctionnelle et du niveau de développement :

La Haute Autorité de Santé recommande d'examiner tous les domaines développementaux de manière systématique, sans donner de procédure ou de tests standards. Les tests valables pour les enfants au développement typique sont à adapter. Cette mesure est complétée par l'observation de l'enfant en situation semi-structurée et/ou en milieu ordinaire (vie quotidienne). L'examen psychologique permet de déterminer le profil intellectuel et socio-adaptatif de l'enfant. Les tests non spécifiques à l'autisme (Brunet-Lézine, test de Weschler, K-ABC...) sont à adapter et peuvent être complétés par d'autres outils spécifiques (L'échelle de Vineland ou le PEP-R décrits ci-dessous), pour avoir une mesure du fonctionnement cognitif de l'enfant. L'examen du langage et de la communication permet d'établir le profil de communication de l'enfant avec ou sans langage sur les différents versants (expressif, réceptif) et dans ses différents aspects (formel, pragmatique, gestuel). L'examen du développement psychomoteur et sensori-moteur quant à lui est nécessaire pour évaluer la motricité aux différents niveaux (motricité : globale, générale, fine, manuelle, faciale), les praxies et l'intégration sensorielle.

Les outils d'évaluation fonctionnelle :

Le PEP 3 : (Schopler et al 2004, traduit en français par Willaye et al) Il constitue la troisième version d'un test à destination d'enfants ayant un trouble du développement dont l'autisme et présentant des niveaux de développement situés entre 2 ans et 7 ans et demi. Il mesure les niveaux de développement et les émergences dans 7 domaines différents : cognition verbale et préverbale, langage expressif, langage réceptif, motricité fine, motricité globale et imitation visuomotrice. Il permet aussi de mesurer 4 autres domaines comportementaux : l'expression affective, la réciprocité sociale, les comportements moteurs et les comportements verbaux.

Le GRIFFITS : échelle de développement, utilisable pour des enfants de 0 à 8 ans. Six domaines sont mesurés : motricité, sociabilité-autonomie, langage, intégration oculo-manuelle, performance et raisonnement pratique.

La VABS : *vineland adaptive behavior scaleentretien* (Sparow, Balla, et Cicchetti, 1984) C'est une échelle qui permet de mesurer les comportements socio-adaptation dans les domaines de la socialisation, de la communication, de l'autonomie et la motricité. Il existe plusieurs formes : une forme abrégée utilisée dans les protocoles de recherche, une forme standard de 0 à 18 ans adaptée à l'élaboration de projets thérapeutiques et une forme scolaire de 3 à 13 ans plus centrée sur le développement des apprentissages. Elle prend la forme d'un entretien semi-structuré, auprès des parents, d'environ une heure. La cotation varie selon la fréquence d'apparition des comportements (0 s'il n'est jamais présent à 2 s'il est toujours observé). Cet outil a été conçu initialement pour le retard mental il est donc peu spécifique à l'autisme. Il a été traduit et validé en français et auprès de personnes avec autisme.

Autres outils d'évaluation :

- ECA-R : (Lelord et Barthélemy, 2003) cet outil se compose de 29 items qui permettent d'évaluer différents domaines : le contact, la communication, la motricité, la perception, l'imitation, les fonctions instinctives, les troubles de l'attention et les fonctions intellectuelles.
- BECS : batterie d'évaluation du développement cognitif et social. Elle permet de mesurer le développement des capacités sociales et communicatives, mais aussi d'évaluer les aspects affectifs et émotionnels.

3.3 investigations complémentaires :

Des examens complémentaires sont à réaliser pour éliminer les diagnostics différentiels, et rechercher la présence de troubles associés ou de comorbidités. Certains sont systématiques : examens de la vision et de l'audition, les consultations neuropédiatriques

régulières, une consultation caryotype standard et X fragile. D'autres sont à réaliser si des éléments atypiques sont présents dans les antécédents familiaux ou personnels de l'enfant, ou durant l'examen physique : bilans neurométaboliques, EEG, IRM cérébrale...

B) ... qui impacte le développement et les capacités du jeune enfant.

1. Le développement cognitif :

1.1 Un constat chez le sujet autiste: un profil psychométrique hétérogène.

On constate chez les enfants avec TSA une particularité de traitement de l'information perceptive. Ils semblent avoir un intérêt particulier pour les percepts visuels et les activités visuo-spatiales. On retrouve chez eux des îlots d'habiletés visuo-spatiales qui se manifestent notamment par une meilleure réussite au subtest des cubes ou de résolution de puzzles dans les échelles d'intelligence de Wechsler (WISC-R-III ou IV, WAIS-R-III ou IV). Ce profil psychométrique hétérogène est présent chez tous les enfants atteints d'autisme avec ou sans retard mental associé, c'est une caractéristique de l'autisme (Giradot et al, 2012). Cette hétérogénéité s'accompagne aussi d'une hétérochronie dans l'apparition des cognitions.

On retrouve cette dysharmonie développementale chez le jeune enfant. En effet, il semble que les jeunes enfants atteints d'autisme aient de meilleures performances dans les habiletés non verbales que dans les habiletés verbales (Ben-Itzchak et Zachor, 2007 ; Kushner et al 2007). Cette différence se retrouve dans les résultats à l'échelle de développement psychomoteur du Brunet Lézine. Les résultats d'enfants âgés de 36 à 72 mois ayant un trouble autistique sont comparés à des enfants âgés de 31 à 62 mois, non porteurs de TSA, mais présentant d'autres syndromes neurogénétiques (Gillet et al, en préparation). On obtient ainsi un profil hétérogène chez les enfants atteints d'autisme (ils obtiennent un âge de développement au niveau des « coordinations visuo-manuelles » supérieur à l'âge de développement du domaine du langage et de celui de la socialisation), que l'on ne retrouve pas chez les autres enfants. L'intérêt pour les aspects visuo-spatiaux du milieu, dans l'autisme, semble précoce.

1.2 Intérêt pour les détails :

1.3.1 intérêt pour les détails et îlots d'habiletés visuo-spatiales :

Les enfants atteints d'autisme semblent traiter l'information visuelle à partir de « détails » ou d'éléments isolés et non pas à partir de la configuration globale. Ils privilégient un mode de traitement local plutôt qu'un mode holistique ou global (Caron et al, 2006 ; Mottron et Burack, 2001). Ce mode de traitement semble être favorable aux compétences visuo-constructives (Shah et Frith, 1993).

1.3.2 intérêt pour les détails et identification des visages :

La technique du « eye tracking » a permis de mettre en lumière des particularités d'exploration des visages chez les sujets atteints d'autisme (Kracke, 1994). Ils explorent surtout la bouche, le menton et les détails extérieurs au visage, tandis que les sujets ordinaires explorent les yeux et l'axe central au niveau du nez (Klin et al, 2002). Les personnes avec autisme semblent porter leur attention sur des détails peu pertinents dans l'identification des visages. Ce mode atypique de traitement perceptif des visages est présent de manière précoce dans le développement de l'enfant atteint d'autisme.

1.3.3 intérêt pour les détails dans l'environnement visuel :

Le mode exploratoire utilisé par les sujets autistes dans l'environnement visuel peut être qualifié de « tunnel de vision » (Rincover et Ducharme, 1987). En effet, ils ont tendance à fixer leur attention visuelle plus longtemps à un endroit de l'espace, et ils semblent avoir des difficultés à désengager cette attention de ce point initial, pour aller la fixer sur un autre endroit du milieu. On constate ainsi une lenteur dans l'exploration visuelle. Cette lenteur a pour conséquence de rendre l'exploration de l'espace partielle et incomplète, pouvant aller jusqu'à une hémignégligence spatiale (Bryson et al, 1990 ; Gillet et Barthélémy, 2011 ; Haist et al 2005 ; Landry et Brisson, 2004 ; Pascualuaca et al, 1998).

La lenteur de déplacement de l'attention visuelle provoque un traitement perceptif partiel, et désynchronisé par rapport à l'apparition des stimuli perceptifs à traiter (Gepner, 2006). Or l'environnement visuel contient des scènes sociales. La compréhension de ces scènes pose des difficultés aux sujets atteints d'autisme. La technique du « eye tracking » montre une exploration particulière de ces scènes, chez ces sujets. Ils portent leur attention surtout sur des éléments extérieurs, périphériques et sur des détails peu pertinents pour la compréhension de la situation. Ceci illustre le défaut d'attention conjointe présente chez le jeune enfant. On en vient à se demander si ce traitement perceptif centré sur les détails, ne serait pas responsable de ce défaut d'attention partagée.

1.3.4 intérêt pour les détails et faible cohérence centrale :

Dans la théorie de la « faible cohérence centrale » (Happé et Frith, 2006), le style particulier d'exploration des sujets autistes axé sur les détails proviendrait de la difficulté à pouvoir regrouper (mentalement) les différents percepts dans une entité représentative constante, cohérente et porteuse de sens. Ceci mettrait en cause un déficit de traitement à un niveau plus élaboré, et notamment au niveau des compétences mentales qui permettent de donner un sens à une situation perceptive complexe.

1.4 conclusion :

Le développement cognitif de l'enfant atteint d'autisme est donc tributaire d'un style perceptif particulier qui privilégie les détails. L'intérêt pour les détails apparaît comme un marqueur cognitif de l'autisme. Ce mode paraît favorable pour les activités de construction visuo-spatiales, mais il engendre aussi une compréhension partielle voire erronée des informations provenant soit des visages soit de l'environnement visuel ou de scènes sociales (l'attention visuelle est attirée par des percepts secondaires et peu pertinents qui ralentissent son déplacement dans l'espace à explorer).

2. Le développement des compétences sociales et de la communication :

Dès sa naissance le nourrisson est un être capable de communiquer et de rentrer en interaction avec son entourage. En effet, il est doté de compétences non verbales innées qui lui permettent d'entrer en relation avec les personnes qui l'entoure.

Le développement de la communication et du langage dépend d'une part des compétences (cognitives, relationnelles, et motrices) intrinsèques de l'enfant mais aussi de l'apport de l'environnement. Le milieu va influencer le développement des compétences langagières et communicatives de l'enfant (Crunelle, 2006). Les interactions entre le jeune enfant et son environnement sont permanentes, précoces et sources d'enrichissement pour son développement. Il existe des variations interindividuelles dans le développement de la sphère communicative, néanmoins le développement de ces compétences suit des étapes successives et interdépendantes avant d'arriver à la maîtrise d'un langage fonctionnel et compréhensible (vers 3ans).

Or l'autisme est un trouble altérant les interactions sociales et la communication. L'acquisition du langage, et des capacités de communication verbale et non verbale sont retardées. De plus, on observe aussi une évolution atypique dans le développement de la communication et des aptitudes langagières. On constate un déficit de l'utilisation gestuelle et du langage dans leur dimension pragmatique (contexte social). Mais il existe une variabilité des profils : certains enfants ne développeront aucun langage (10% des adultes atteints d'autisme n'ont pas de langage selon la HAS, 2010), d'autres acquerront un langage, mais dont l'utilisation sera atypique. L'évolution des compétences langagières est liée au niveau intellectuel. Malgré la variabilité des profils on peut affirmer que la communication est toujours troublée dans les troubles du spectre autistique.

2.1 Interactions précoces et communications non verbales

Chez le jeune enfant des « comportements précurseurs à la communication » (Théron, 2010) sont présents avant l'acquisition du langage oral (comme l'attention conjointe ou l'alternance des tours de rôle). Ces « précurseurs » renvoient à une continuité fonctionnelle entre développement prélinguistique et développement linguistique.

Chez les enfants porteurs de TSA on retrouve un retard d'acquisition de ces compétences précoces, mais aussi des anomalies du contact social. Ces anomalies peuvent être repérées entre 6 et 18 mois (Brisson et al, 2011), mais elles ne sont pas présentes chez tous les enfants et ne suffisent pas pour donner l'alerte.

2.1.1 Les anomalies du contact social dans les premiers mois :

L'ouverture de l'enfant vers son environnement social est très précoce (entre 0 et 2 mois). Le nourrisson réagit à la voix, il fixe son regard sur le visage de ses parents et des autres personnes, il décroche des sourires... Le regard semble être un élément essentiel dans les comportements communicatifs précoces (Marte et Leroy Collombel, 2010).

Un moindre intérêt pour les personnes est constaté chez les enfants atteints d'autisme. Chez des nourrissons âgés de 0 à 6 mois on repère moins d'indices sociaux (regards, vocalises, sourires vers leurs parents) lorsqu'ils sont ultérieurement diagnostiqués autistes, que chez des enfants tout-venant. Ils réagissent moins vite aux sollicitations exprimées par leurs parents (appel par le prénom, « coucou »). Par ailleurs on observe aussi que les pleurs des enfants atteints d'autisme sont plus difficilement interprétables par leurs parents (Peeters, 1996). A 8 mois l'imitation de sons, de gestes ou d'expressions faciales sont diminuées dans l'autisme. Un manque d'expressivité au niveau des mimiques et une pauvreté des expressions faciales sont notables : l'enfant semble avoir un visage impassible ou une expression neutre, et montre moins d'attention active et positive envers sa mère (Degrenne et al, 2009 ; Brisson et al, 2011).

2.1.2 La gestuelle de communication :

Ce sont des comportements innés, modifiés par l'expérience sociale de l'enfant et dont certaines caractéristiques sont associées au code langagier et à des variables culturelles (Monfort et Monfort Juarez, 2011), qui sont ici concernés.

2.1.2.1 les gestes conventionnels :

Les gestes conventionnels sont des comportements orientés vers autrui dans une volonté de communication (Prizant, 1983). Ces gestes peuvent disparaître avec le développement du lexique, d'autres peuvent se maintenir et s'associer aux mots (Guidetti, 2011). Dans l'autisme, une modification qualitative et quantitative de la gestuelle de

communication est manifeste. Cette modification est à mettre en lien avec un déficit d'imitation, dû notamment à un défaut de compréhension (Monfort et Monfort-Juarez, 2011). En outre, aucune compensation du retard de développement du langage oral par l'utilisation de gestes n'est observée, contrairement à ce que l'on peut constater dans d'autres pathologies. Les enfants atteints d'autisme semblent avoir des difficultés à utiliser correctement les gestes de manière spontanée, ils peuvent les utiliser suite à des incitations de l'entourage, ou spontanément mais peuvent ne pas les adresser à la bonne personne.

2.1.2.2 l'attention conjointe :

Le pointer du doigt émerge entre 7 et 12 mois. Ce geste de désignation va revêtir différentes fonctions selon le niveau de développement de l'enfant. Il se présente d'abord sous une forme « proto-impérative ». L'enfant pointe pour obtenir un objet qui est hors de sa portée. Puis le « pointage déclaratif » sert à l'enfant pour désigner à l'adulte un objet qui l'intéresse. Vers 11 mois le pointage sert pour attirer l'attention de l'adulte. La poursuite du regard, la capacité d'imiter et la motivation sociale sont considérées comme des précurseurs au développement de l'attention conjointe.

Au cours de la deuxième année de vie le pointage revêt une fonction d'interrogation (Southgate et al, 2007). L'enfant pointe du doigt l'objet pour connaître son nom. Le pointage semble ainsi lié au développement du lexique.

Les TSA engendrent un déficit d'attention partagée qui se manifeste notamment par l'apparition plus tardive du geste de pointe. Le pointage lorsqu'il est mis en place est surtout utilisé pour obtenir un objet et satisfaire un besoin personnel, plutôt que dans un but interactionnel. On remarque aussi bien une altération dans l'initiation de l'attention conjointe que dans sa réponse (Roeyers et al, 2011). Or l'attention conjointe a un rôle primordial dans l'acquisition de la compréhension du langage oral (Luyster et al 2008, Viellard et al 2007), et dans l'apprentissage du lexique (Kern, 2006). C'est aussi un précurseur à la théorie de l'esprit avec la compréhension des intentions d'autrui (Thommen, 2010).

2.2 Interaction sociale et communication verbale

La compréhension et la maîtrise des formes verbales de la communication passent par l'expérimentation de situations sociales.

Dans l'autisme on note la présence d'un décalage chronologique dans l'apparition du langage. C'est souvent le signe d'alerte pour la famille. A cela s'ajoute aussi des particularités langagières transitoires ou durables. En effet selon la HAS 50% des enfants avec autisme ne développeront pas de langage fonctionnel. Et même si certains enfants développent un langage normalisé ils rencontrent des difficultés permanentes dans les habilités

conversationnelles (difficultés pour s'ajuster à l'interlocuteur, non accès aux formes non littérales de la langue).

2.2.1 Développement atypique du langage

On constate que chez les enfants autistes le processus d'apprentissage langagier diffère de celui que l'on retrouve chez les enfants non-autistes. L'enfant ordinaire utilise ses compétences d'imitation et répète les mots et les phrases pour apprendre. Tandis que l'enfant atteint d'autisme ne semble pas suivre ces étapes. En effet, un retard de langage est présent avant 36 mois (critère DSM-IV-TR), par la suite, dans certains cas, le langage peut émerger avec une rapidité particulière (Mottron, 2004). L'enfant va directement répéter de façon intégrale des productions verbales.

Les écholalies sont définies comme des répétitions immédiates ou différées de mots ou de phrases. Elles revêtent un caractère symptomatique si : elles sont inadaptées au contexte de communications, si elles sont systématiques, persistantes, intégrales et littérales (Béaud, 2009). Les écholalies peuvent s'observer dans le développement normal (entre 18 mois et 3 ans). L'enfant répète des mots ou des énoncés qui lui sont encore inconnus, car il n'a pas encore les compétences linguistiques suffisantes pour les reproduire spontanément.

Dans les TSA l'écholalie apparaît plus tard (vers 36 mois [Peeters, 1996]) et elle persiste dans le développement de l'enfant malgré les améliorations dans le domaine langagier. Si le langage ne se développe pas au-delà, les écholalies peuvent être les seules manifestations du langage oral. L'écholalie peut s'expliquer par un déficit des interactions sociales réciproques (Béaud, 2009). Elle exprime dans le langage une difficulté pour s'adapter à une situation sociale et d'interaction. Par ailleurs l'écholalie cache souvent un défaut de compréhension du code verbal. Cela est dû notamment à un traitement particulier du message en fonction du contexte donné.

Il est donc important de faire l'analyse qualitative et quantitative des productions écholaliques. Elles sont un indice de l'existence de difficultés de compréhension, mais elles peuvent aussi revêtir une fonction communicative, lorsque l'enfant manque de lexique (répétition littérale par manque de ressources langagières), pour exprimer une demande, une affirmation ou une récurrence. L'écholalie est considérée comme « un marqueur autistique » distinctif du trouble spécifique du langage oral.

Une autre particularité est l'inversion pronomiale. L'enfant commence d'abord par se nommer par son prénom (vers 24 mois) puis il utilise le « je ». Chez les enfants porteurs de TSA cette étape est plus longue et plus marquée, car l'accès au pronom demande une

flexibilité mentale qui fait défaut chez ces enfants (Peeters, 1996). Ils semblent moins habiles dans l'utilisation de pronoms.

De plus on constate une singularité au niveau de la prosodie. La prosodie regroupe plusieurs éléments suprasegmentaires au langage : l'intonation, l'accentuation, le rythme, la mélodie et le ton (Brin et al, 1997). Elle revêt plusieurs fonctions : une fonction grammaticale ou linguistique, la prosodie permet d'identifier les différents types de phrases ; une fonction de transmission de l'information sociale qui permet de connaître l'intentionnalité du locuteur, on parle aussi de fonction pragmatique ; une fonction émotionnelle : la prosodie permet de transcrire les humeurs et les sentiments de la personne.

La sensibilité à la prosodie est très précoce : dès 8 mois l'enfant présente des variations d'intonation dans son babillage. La prosodie appartient à l'ensemble des habiletés sociales et des compétences de la théorie de l'esprit (Monfort, 2012).

Or un trouble de la prosodie est notable dans l'autisme. Ce trouble s'exprime aussi bien au niveau expressif, se manifestant notamment par des particularités au niveau de la hauteur, de l'intensité, du timbre, du rythme et de l'intonation de la voix (Peeters, 1996), qu'au niveau réceptif, par un traitement particulier des informations prosodiques. L'enfant a des difficultés à interpréter les intentions des autres car il ne prend pas en compte les éléments prosodiques.

2.3 Conclusion :

Pour conclure on constate que le développement des compétences sociales est en relation avec le développement de la communication. Les habiletés relationnelles influencent le développement du langage oral et du langage gestuel. De plus les déficits dans les interactions se manifestent notamment par des particularités de communication verbale et non-verbale, cela indépendamment du niveau langagier de l'enfant.

Il semble donc important de prendre en compte la singularité de chaque enfant, mais aussi de l'environnement social et affectif dans lequel il évolue, dans la prise en charge de la communication chez l'enfant autiste. Cela doit passer notamment par l'analyse des aspects structurels du langage sur les versants expressifs et réceptifs mais aussi par l'analyse des habiletés de communication sociale (aspects pragmatiques du langage). Ceci dans le but d'exclure d'autres troubles spécifique du langage qui peuvent eux aussi entraîner des particularités relationnelles chez le jeune enfant

ANNEXE N°5 : Tableau n° 4 : points de vigilance prioritaire dans le domaine de la communication en fonction du profil langagier (*Céline Garrigou, chapitre 5 « le développement de la sphère sociocommunicative dans un contexte de trouble du spectre au autistique », Autisme et psychomotricité , 2013)*

3. Le développement psychomoteur :

Le développement psychomoteur est le résultat d'interaction entre différents domaines : la motricité, la sensorialité, l'imitation, les fonctions exécutives. Ces interactions sont influencées par le milieu dans lequel vit l'individu. Le développement des fonctions psychomotrices peut être altéré par l'existence d'un trouble psychomoteur déterminé par la présence de troubles perceptivo-moteurs, de signes neurologiques doux et de troubles psycho-affectifs. Mais ce déficit développemental peut aussi être occasionné par la présence de troubles sociaux (au niveau de la communication non verbale, et au niveau émotionnel).

Dans les TSA les troubles psychomoteurs peuvent soit être compris dans la symptomatologie autistique (« maniérismes stéréotypés et répétitifs » DSM-IV-TR), soit associés à la pathologie (comorbidités), ou encore être indépendants (aucun lien n'existe entre les troubles psychomoteurs et l'autisme).

3.1 L'aspect moteur :

Les anomalies de la motricité apparaissent très tôt, pour certains auteurs elles précéderaient même l'apparition des symptômes caractéristiques de l'autisme (Rogers et Benetto, 2002). Les déficits moteurs expliqueraient, suite à un effet en cascade, un déficit d'imitation, qui aurait un effet délétère sur le développement de la communication sociale de l'enfant. Pour d'autres auteurs les anomalies motrices sont les premiers signes de la symptomatologie autistique (Teitelbaum, 1998).

3.1.1 posturo-motricité et tonus :

Il existe chez les enfants âgés de 0 à 2 ans des déficits au niveau du tonus (hypotonie, hypoactivité) et des comportements moteurs (gesticulation faible) (Sauvage, 1988). Ces bébés sont souvent considérés par leur entourage comme très calmes (Abgrall, 1978).

Des particularités toniques sont visibles dès les premières semaines. En effet, les parents d'enfants avec TSA, les décrivent comme soit totalement hypotoniques (« bébé tout mou ») ou trop tendus (hypertoniques) lorsqu'ils les portent (Ornitz et al, 1977). Ces déficits toniques se manifestent aussi par un retard du maintien de la tête, et/ou un retard dans l'acquisition de la station assise. Cela est aussi observé dans l'étude des films familiaux, où on observe également une hypotonie et des variations toniques, passant du tout au rien, avec des moments de tension de l'enfant (Degrenne 2007, Degrenne et al 2009 ; Adrien et al, 1991).

Par ailleurs d'autres auteurs constatent des déficits moteurs et posturaux entre 2 et 12 mois : des anomalies dans les mouvements de bouche, et dans les changements de position

du décubitus dorsal au décubitus ventral, où l'enfant met en place une organisation inhabituelle des différents segments du corps (Teitelbaum et coll, 1998), ainsi qu'une asymétrie posturale dans la station debout à un an (Esposito et al, 2011). La posture est plus instable, et l'enfant manifeste des difficultés pour s'asseoir ou grimper. Ceci a été retrouvé dans l'étude des fratries d'enfants autistes, âgés de 5 à 14 mois (Inverson et Wozniak, 2007). Les anomalies posturales se retrouvent aussi en position de décubitus dorsal, où il existe une asymétrie chez les enfants atteints d'autisme âgés de 3 mois à 5 mois (Esposito et al, 2009).

De plus, l'hypoactivité motrice observable dès les premières semaines, se manifeste notamment au niveau de la motilité des extrémités distales (pieds et mains) et dans les coordinations oculo-manuelles (Lafaye-Hill, 2003 ; Reynaud 2005 ; Gattegno et al 2005). Ces particularités sont visibles notamment dans la motricité spontanée de l'enfant (Phagava et al, 2008). On constate une moindre variation des « writhing movements », mouvements elliptiques de faible amplitude et lents, présents de la naissance jusqu'à neuf semaines. Chez l'enfant atteint d'autisme ces mouvements sont moins amples, plus lents et moins variés. De même on observe chez eux moins de « fidgety movements », mouvements circulaires de faible amplitude, d'allure modérée, caractérisés par des mouvements d'accélération de la nuque, du tronc, et des membres, dans toutes les directions de l'espace, visibles entre 9 semaines de vie et deux mois. Ces mouvements sont peu présents et atypiques chez l'enfant atteint d'autisme.

On remarque que même si la plupart des acquisitions motrices se font dans les délais, elles se mettent en place de manière inhabituelle. En effet on remarque des déficits au niveau des ajustements posturaux anticipés et des réactions de parachutes, on observe que l'enfant bouge son corps en bloc, et notamment au cours des retournements (Teitelbaum et al, 1998). Cela s'expliquerait par un déficit dans l'évolution des réflexes infantiles : certains réflexes, normalement inhibés par le système nerveux supérieur vont persister alors que d'autres réflexes vont apparaître avec un décalage par rapport à la norme (Teitelbaum et al, 1998).

En outre, ces particularités posturales et motrices sont aussi observables au cours de la deuxième année de vie (Loh et al, 2007). Une désynchronisation persiste dans les mouvements, elle est visible dans le ramper et les premiers pas (Dawson et al, 2000). Une asymétrie dans l'utilisation des membres supérieurs lors du développement de la marche est constatée (Esposito et al, 2008). On observe aussi entre 22 et 30 mois une diminution des actions réalisées par ces enfants (Lösche, 1990).

Certains auteurs émettent l'hypothèse que ces manifestations motrices permettraient de discriminer les enfants avec autisme d'autres enfants ayant un développement typique : par leur niveau de motricité globale et de motricité fine (Landa et Garrett-Mayer, 2006), la

présence de stéréotypies, d'anomalies du contact corporel, de particularités toniques, associées à des difficultés face à la nouveauté et à la frustration (Malvy et al, 1999).

3.1.2 l'anticipation motrice :

Dès quatre mois l'enfant montre des capacités d'anticipation, face aux différentes situations qu'il vit au quotidien. Or ces aptitudes semblent absentes chez l'enfant avec autisme (Perrot-Beaugerie et al, 1990 ; Ornitz et al, 1977). Kanner (1943) avait observé que l'enfant avec autisme n'anticipait pas en tendant ses bras lorsqu'un adulte venait le prendre. Il semble avoir des difficultés à traiter les feedback provenant de son corps ou de l'environnement pour ajuster ses mouvements. Avant 18 mois un déficit d'ajustement postural est observable (Abgrall, 1978), l'enfant manifeste moins de postures ou d'attitudes d'anticipation (Clifford, Young et Williamson, 2007 ; Abgrall, 1978). Sauvage (1988) observe aussi un défaut d'anticipation dans l'utilisation des mouvements parachutes (mouvements de protection) lors des chutes. L'enfant n'anticipe pas ses gestes en fonction de ce qu'il peut percevoir.

3.1.3 coordinations oculo-manuelles :

Les enfants avec autisme semblent plus attirés par les objets que par les stimulations sociales (Maestro et coll, 2002, 2006). Mais paradoxalement, on n'observe pas plus de comportements d'attention dirigée sur les objets chez les enfants avec TSA que chez les enfants au développement typique (Brisson et al, 2011). Au contraire certains chercheurs observent même des anomalies dans la façon dont ces enfants explorent les objets, à l'âge de 12 mois, se manifestant par des actions répétitives et stéréotypées (Ozonoff et coll, 2008). De plus les parents observent très précocement que leur enfant ne suit pas les objets des yeux. Par ailleurs l'enfant autiste mettrait de façon plus fréquente les objets à la bouche (Baranek, 1999).

En outre, on remarque que la mise en action du corps de l'enfant avec autisme semble être guidée par l'attrait pour la répétition et l'immuabilité. Les enfants de moins de 3 ans, atteints d'autisme, manipulent les objets de manière stéréotypées, et semblent peu attirés par les jeux imaginaires (Sauvage, 1988). L'utilisation des objets peut être inadaptée, chez les enfants autistes âgés de 18 à 24 mois (Zakian et Malvy 1999, Zakian et al 2000). La relation qu'ils entretiennent avec les objets est particulière : ils imitent avec difficulté les actions réalisées avec un objet, ils préfèrent jouer avec des jouets durs et qui bougent, de manière inhabituelle, ils s'intéressent surtout aux détails et aux parties de l'objet (Gillberg et al, 1990). De plus, on observe moins de jeu fonctionnel au cours de la seconde année de vie (Charman et al, 1997 ; Clifford, Young et Williamson, 2007). La mise en action du corps de l'enfant atteint d'autisme semble être guidée par le concret et la sensorialité. Les jeux de fiction, de faire

semblant, et les jeux symboliques (Baron-Cohen et al, 1992, 1996, 1997) sont difficiles à investir pour ces enfants.

3.1.4 intentionnalité et « pragmatique du mouvement »

L'intentionnalité « c'est la capacité à engager son corps ou initier une action ou une autre activité vers un but » (LELORD 1995). Dans cette définition on place le corps dans sa dimension fonctionnelle, on parle alors de pragmatique du mouvement. Dans le développement ordinaire, l'intentionnalité s'exprime dans l'activité spontanée de l'enfant. Cette intentionnalité est guidée, l'enfant a un attrait naturel vers les informations sociales et la nouveauté. Ces informations viennent enrichir son développement sensori-moteur.

Dans l'autisme, on remarque une perturbation très précoce de cette intentionnalité. Chez le nouveau-né atteint d'autisme la mise en action de son corps semble être guidée par l'action elle-même et non par l'objectif qui la sous-entend

3.2 l'aspect sensoriel

Il existe chez l'enfant autiste des particularités sensorielles qui peuvent concerner un ou plusieurs canaux. Les modalités concernées sont variables selon les enfants. Ces particularités se manifestent par des seuils de réponse différents par rapport à la norme. Ainsi le seuil de réponse peut être plus faible que la norme pour une modalité sensorielle, on parle alors d'hypersensibilité. A contrario le seuil de réponse d'un autre canal sensoriel peut être plus élevé et on parle dans ce cas d'hyposensibilité. Chez un même individu atteint d'autisme on peut retrouver des seuils de réponse élevés pour certaines modalités sensorielles, et des seuils de réponse faible pour d'autres. Il existe une combinaison hyper/hypo. On constate aussi une instabilité perceptive, il existe une variabilité de ces seuils dans le temps, en fonction des situations où l'enfant se trouve et de son état interne.

Ces particularités s'expriment de façon précoce par des comportements atypiques : des autostimulations et stéréotypies motrices, des troubles des interactions et de la communication, des réponses émotionnelles et comportementales inadaptées (angoisses, colères, barrières sensorielles...). Ces réponses sont différentes selon le niveau de développement de l'enfant.

3.2.1 sensibilités visuelle et auditive :

Des particularités dans l'exploration sensorielle sont remarquables dans les six premiers mois de la vie l'enfant, notamment au niveau visuel et auditif (Perrot-Beaugerie et al, 1990).

Il existe deux systèmes visuels : le système visuel périphérique, fonctionnel dès la naissance, sensible aux mouvements, et impliqué dans la régulation tonique, et un système focal, encore immature à la naissance, qui permet d'analyser les images. Ces deux systèmes se coordonnent vers 3 mois. Le bébé est très vite capable d'orienter son regard vers ce qui l'intéresse (mouvements, lumières, contraste, couleurs, formes). Dès le troisième jour de vie il semble capable de différencier le visage de sa mère (Pascalis et al, 1995).

Or on remarque, chez l'enfant avec TSA, qu'il observe mal les objets ou les visages (Ornitz et al, 1977). Il ne fixe que rarement son regard sur une cible, mais lorsqu'il le fait, cela peut être très intense (Adrien et al, 1991). La poursuite oculaire fixée sur une personne ou un objet en mouvement est déficitaire (Ornitz et al, 1977). Certains auteurs considèrent les particularités du contact visuel, du suivi oculaire, et de l'engagement de l'attention visuelle, associées au manque de réactivité et de comportements orientés à un an, comme des marqueurs prodromiques de l'autisme (Zwaigenbaum et coll, 2005).

Au niveau auditif, chez l'enfant typique on observe une réactivité aux bruits dès la 24^e semaine de gestation, l'enfant sursaute, bouge ou augmente sa fréquence cardiaque lorsqu'il entend un bruit. Ses réponses vont dépendre de l'intensité, de la fréquence et de la complexité du son perçu (Granier-Deferre et al, 1991). Des capacités de discrimination et de mémorisation, in utero, ont aussi été remarquées (Spence et De Casper, 1982). Tandis que l'enfant autiste semble indifférent au milieu sonore qui l'entoure entre 0 et 6 mois (Perrot-Beaugerie et al, 1990). Ses réactions face aux bruits sont dans la majorité lentes, mais elles peuvent aussi être paradoxale, avant un an, l'enfant semble sourd aux bruits forts et désagréables, mais peut montrer une forte intolérance aux bruits presque inaudibles (Adrien et al, 1991).

3.2.2 sensibilité tactile

Dès la 20^{ème} semaine de gestation le fœtus possède la totalité des récepteurs cutanés. Cette sensibilité est donc fonctionnelle, et l'enfant commence à établir son registre d'expérimentations tactiles. Deux fonctions sont attribuées au système tactile : une fonction à dominance perceptive, par laquelle l'enfant explore les éléments qui l'entoure, et une fonction instrumentale, par laquelle l'enfant agit sur l'objet selon les informations qu'il perçoit.

Au niveau tactile, l'enfant atteint d'autisme a souvent en aversion le contact physique (Baranek, 1999 ; Palomo, 2006). De plus certains auraient aussi tendance à mettre de manière importante les objets à la bouche (Palomo, 2006), tandis que d'autres semblent ne pas tolérer d'éléments durs, ou étranger à l'intérieur de leur bouche.

De plus, il a été longtemps pensé que les enfants avec autisme présentaient une insensibilité à la douleur. Ils perçoivent les stimuli nociceptifs. Cependant on observe un déficit d'intégration de ces messages et des anomalies dans les réponses de l'enfant (Tordjman et al, 1999, 2009)

Ces particularités perceptives persistent au cours de la seconde année de vie (Abgrall,1978), l'enfant prête peu d'intérêt à la voix humaine (vers 30 mois) et présente des comportements sensoriels atypiques (Lord et al, 1995), comme la recherche de sensations tactiles ou vestibulaires, ou au contraire l'évitement ou l'intolérance à certaines stimulations

3.3 Développement de l'imitation

L'imitation est définie comme « la production de réponse motrice en réponse à la perception de mouvements » par Nadel (L'imitation : un langage sans mot, son rôle chez l'enfant atteint d'autisme, dans neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, 2005). Si on prend cette définition, le nourrisson est doué dès sa naissance de la capacité d'imiter (Kugiumutzakis, 1999, cité dans : l'imitation, un langage sans mot, son rôle chez l'enfant atteint d'autisme, Nadel, 2005). Dans le développement ordinaire l'imitation recouvre une fonction d'apprentissage et/ou de communication selon qu'elle produit un effet sur l'environnement physique ou social. Dans un contexte social, on parle de résonance sociale qui désigne la capacité automatique et non constante à refléter autrui. Ces fonctions évoluent avec le développement. La résonance sociale est une compétence essentielle car c'est un précurseur au langage et à la communication, ainsi qu'au jeu symbolique. Elle contribue aussi plus tard à l'accès aux intentions des autres et à la théorie de l'esprit.

Dans les TSA certains auteurs défendent qu'il existe des troubles de l'imitation. Ils atteindraient l'imitation qualitativement et quantitativement. Selon ROGERS et PENNINGTON (1991) c'est un déficit primaire de l'imitation, du partage social et de la théorie de l'esprit qui conduit « en cascade » au phénotype de l'autisme. Cela reposerait sur une inaptitude à utiliser des représentations de comportements ou de nature sociale. Au niveau biologique on observe une atteinte du cortex préfrontal (lieu de stockage des représentations) et du système limbique (siège des émotions).

D'autres auteurs comme Jacqueline Nadel, défendent que les enfants autistes sont capables d'imiter. Ils peuvent reproduire des postures, des actions simples et familières. De plus selon cet auteur, il existerait plusieurs types d'imitation : « l'imitation n'est pas un système unitaire ». Elle émet l'hypothèse qu'il « existe une hiérarchie de mécanismes impliqués dans différents types d'imitation et qui ont tous en commun de réagir à la perception de mouvements

ou d'actions par la production de mouvements ou d'actions similaires » (Nadel, dans L'imitation : un langage sans mot, son rôle chez l'enfant atteint d'autisme, 2005).

De plus la capacité d'imiter est liée à des compétences multiples, qui peuvent être, elles aussi, atteintes dans l'autisme. Ainsi les déficits d'imitation pourrait être liés à : des troubles de la perception du mouvement et un déficit au niveau des capacités de représentation, des troubles de l'organisation, du séquençage des mouvements, des troubles gestuels, praxiques, attentionnels, et un déficit de flexibilité mentale. Ce déficit d'imitation semble être aggravé par la non-utilisation, en raison d'un déficit « motivationnel ». Les enfants atteints d'autisme sont spontanément plus orientés par des stimuli non sociaux et sont peu attirés par la nouveauté.

Par ailleurs on constate que la capacité d'imitation à fonction communicative est plus touchée que celle à fonction d'apprentissage. Et on observe que la sensibilité au fait d'être imité semble être conservée.

3.4 le développement des fonctions exécutives

Les fonctions exécutives regroupent un ensemble de compétences (inhibition, flexibilité mentale, mémoire de travail, attention et planification) qui permettent le contrôle et l'adaptation d'une action finalisée.

De nombreuses études ont été réalisées sur des populations adultes ou adolescentes, mais peu ont été pratiquées auprès de jeunes enfants. Certaines de ces rares études montrent que les déficits présents au niveau des fonctions exécutives sont très précocement présents (dès les premières années) (McEvoy, Rogers, Pennington, 1993). A contrario, d'autres auteurs affirment que ces déficits ne sont pas observables dans le développement précoce (Griffith, Pennington, Werner et Rogers, 1999 ; Yerys, Hepburn, Pennington et Rogers, 2007).

Malgré cette polémique on peut toutefois affirmer qu'une fois que les déficits dans les fonctions exécutives apparaissent, ils évoluent au gré du développement de l'enfant (Luna, Doll, Hegedus, Minshe et Sweeney, 2007).

II. prise en charge globale de l'autisme, précocité et psychomotricité

A) La prise en charge des jeunes enfants avec autisme :

Il n'existe aucun traitement curatif. Aucune approche éducative ou thérapeutique ne permet de normaliser le fonctionnement de l'enfant atteint d'autisme, ou encore d'améliorer le fonctionnement et la participation de tous les enfants.

1. Les caractéristiques des interventions auprès des jeunes enfants atteints d'autisme :

« Six caractéristiques sont considérées comme déterminant l'efficacité d'une intervention auprès de ces très jeunes enfants : la précocité, l'intensité, l'implication des parents avec la constitution d'une équipe de partenaires, la variété des environnements éducatifs, l'individualisation et la prise en compte des aspects médicaux conjointement aux aspects éducativo-développementaux » (G.Magerotte et B.Rogé, Intervention précoce en autisme : un défi pour les praticiens , dans évolution psychiatrique, 2003)

1.1 Précoces et intensives :

L'intérêt pour la précocité de la prise en charge est né suite aux travaux de Lovaas (1987), qui ont démontré des améliorations du fonctionnement d'enfants avec autisme suite à une intervention précoce, réalisée pendant deux à trois ans. Sur les 19 enfants suivis, 9 de ces enfants ont pu suivre grâce à cette intervention une scolarisation classique. Un follow up (réévaluation du fonctionnement de l'enfant des années après l'arrêt de l'intervention) réalisé à l'âge de 11 ans confirme le maintien des améliorations. Selon Lovaas huit de ces neuf enfants ne semblaient pas avoir de différences avec d'autres enfants au fonctionnement typique.

L'intervention précoce est aujourd'hui possible par les améliorations réalisées dans le cadre du diagnostic. La HAS recommande de mettre en œuvre dans les trois mois suivant le diagnostic un projet d'intervention pour tous les enfants avec TSA. Ce projet d'intervention doit être précoce et globale. Cependant s'il n'est pas possible de mettre un tel projet en place, la HAS conseille alors de proposer à l'enfant et sa famille des interventions focalisées sur le développement de la communication et du langage, dans l'attente d'une meilleure proposition. Cependant dans la pratique, il existerait un délai encore trop long entre le diagnostic et le commencement des interventions (Guédeney et Saïsas, 2006).

Intervenir de manière précoce et globale permet d'améliorer le fonctionnement de l'enfant autiste. Des études ont été menées. Elles montrent une amélioration du quotient

intellectuel, des comportements adaptatifs ou une diminution des comportements problèmes, pour environ la moitié des enfants avec TED, suite à ce genre de prise en charge (HAS). D'autres auteurs affirment aussi ce chiffre (Dawson et Osterling 1997 ; Rogers 1996).

Selon Bernadette Rogé il existe plusieurs façons de concevoir l'intensité de la prise en charge. Elle peut être vue de manière formelle, c'est-à-dire en termes de stratégie utilisée. On peut la définir comme le temps passé à stimuler les apprentissages chez l'enfant, dans le cadre d'une relation un pour un dans un milieu favorisant la réussite. On peut aussi appréhender l'intensité à l'échelle de l'enfant et en fonction de son temps d'engagement (temps de travail individuel, temps passé à apprendre dans la vie quotidienne, et durant d'autres activités en groupe). Le rythme hebdomadaire recommandé par la HAS est de 20 à 25 heures par semaine, en prenant en compte les temps de scolarisation (avec ou sans AVS) ou de crèche.

1.2 Pluridisciplinaires, globales et coordonnées :

Une intervention globale ne signifie pas juxtaposer différentes pratiques, quelques soient leurs approches (éducatives, pédagogiques, thérapeutiques...) mais repose sur la cohérence des différentes interventions proposées. Il est nécessaire d'utiliser le même mode de communication et d'interaction avec l'enfant dans les différentes interventions et ses différents lieux de vie.

Une prise en charge globale de l'enfant a pour objectifs d'améliorer ses compétences dans divers domaines développementaux : imitation, communication, échanges sociaux, jeu, adaptation comportementale, sensoriel, moteur et émotionnel.

1.3 Axées sur des objectifs thérapeutiques, éducatifs et pédagogique de façon individualisée :

Dans les différentes interventions l'enfant doit être considéré et respecté comme un humain à part entière. Ses envies, ses préférences, son rythme de vie, ses expériences personnelles, sa manière de penser et de fonctionner doivent être respectés et pris en compte dans l'élaboration de son projet et tout au long de la prise en charge. L'évaluation initiale doit être utilisée pour construire un plan d'intervention spécifique à l'enfant, selon ses compétences, son niveau de développement dans les différents domaines et ses besoins. Il faut aussi tenir compte des étapes typiques de développement dans les différents domaines.

Par ailleurs, selon David Cohen (controverses actuelles dans le champ de l'autisme, 2012) la prise en charge de l'enfant atteint d'autisme doit s'organiser autour de trois grands aspects définis selon des objectifs spécifiques : l'aspect thérapeutique, qui vise le confort de l'enfant, son bien-être ainsi que son développement psycho-affectif ; l'aspect éducatif qui a

pour but l'autonomie de l'enfant et l'aspect pédagogique qui est axé sur les apprentissages. La proportion donnée à chacun de ces aspects dépend de l'évolution de l'enfant.

De plus l'environnement dans lequel est accueilli l'enfant avec TSA, doit être aménagé et organisé en fonction de ses caractéristiques, c'est-à-dire structurer l'espace, le temps, les activités selon son niveau de disponibilité attentionnelle. De même il est nécessaire, en cas de comportements problèmes (comportements non adaptés à une situation donnée, qui peuvent s'avérer dans certains cas dangereux pour les personnes qui s'occupent de l'enfant, et l'enfant lui-même, comme les morsures ou les automutilations), de mettre en place des moyens permettant de prévenir ou de diminuer l'apparition de ces comportements et de limiter leurs conséquences.

Par ailleurs des réévaluations régulières du développement de l'enfant sont nécessaires pour voir si l'enfant progresse ou non, mais aussi pour vérifier le bien-fondé du projet, sa cohérence face à de nouvelles données et à l'actualisation du diagnostic. Ces réévaluations sont à réaliser par les différents professionnels qui suivent l'enfant dans leur discipline. Elles doivent recouvrir l'ensemble des domaines suivants : communication, socialisation, cognition, sensorialité, motricité, émotion et comportement. Ces réévaluations doivent aussi fournir des éléments sur la santé générale de l'enfant (éléments somatiques), sur son niveau d'autonomie dans les actions quotidiennes, et sur sa capacité à faire des apprentissages (scolaires notamment). Ces données sont à compléter par des observations sur son fonctionnement et sa participation dans les différents lieux de vie. Des réunions de synthèse permettent de regrouper ces informations afin d'avoir une vision complète de son développement.

1.4 En collaboration avec les parents

« Les parents sont les premiers éducateurs de leur enfant et ils le seront pendant de longues années » (Magerotte et Rogé, dans intervention précoce en autisme : un défi pour les praticiens, 2003)

Cette collaboration passe en premier lieu par l'information des parents, sur la démarche diagnostique et sur le diagnostic en lui-même, sur le déroulement des différentes évaluations, les résultats, les objectifs et les possibilités à mettre en œuvre. Pour cela il est essentiel que les informations soient bien comprises des parents, si on veut qu'ils participent activement à la prise en charge proposée. Faire participer les parents permet une meilleure généralisation des apprentissages fait par l'enfant, mais aussi de garantir une cohérence des modes d'interactions. Il faut proposer aux parents d'assister aux différentes interventions, des formations aux différents outils spécifiques (notamment de communication), ou proposer un

accompagnement plus spécifique si le besoin s'en fait ressentir (aide éducative, ou psychologique).

Les parents ont aussi un rôle dans l'élaboration du projet au même titre que les différents intervenants.

1.5 Avant 4ans : comment prendre en charge un enfant avec TSA ?

Pour résumer, avant 4 ans les interventions doivent être précoces, globales et coordonnées. Elles peuvent être complétées par des interventions plus spécifiques axées sur la communication et le langage. Ces interventions doivent être fondées sur des approches éducatives, comportementales et développementales. Les objectifs de la prise en charge du jeune enfant atteint d'autisme doivent être opérationnels et personnalisés. De plus il est conseillé de favoriser une intervention multi-sites, pour soutenir la généralisation et la socialisation. Enfin il est recommandé d'intégrer les parents aux différentes interventions en leur proposant de participer aux séances éducatives et thérapeutiques, et en les accompagnant de manière spécifique ou en leur proposant des formations

2. La place de la psychomotricité au sein de cette prise en charge :

2.1 Le rôle du psychomotricien : expert dans le développement des compétences motrices, praxiques, gnosisiques et sensorielles

Le psychomotricien est de par sa formation, ses connaissances et son expérience, un expert du développement psychomoteur de l'enfant. Les troubles psychomoteurs, même s'ils ne permettent pas de poser le diagnostic d'autisme, sont fréquents dans les TSA (Pieters et al, 2012 cité par Perrin dans Autisme et psychomotricité, 2013). En effet, comme nous avons pu le voir précédemment, il existe des anomalies motrices et posturales, et des singularités dans le développement moteur visibles de façon très précoce chez les enfants avec autisme. Ces particularités sont soit comprises dans la symptomatologie autistiques (intriquées dans l'autisme), soit associées (comorbidités), ou encore totalement indépendantes de cette pathologie. Dans tous ces cas atypiques viennent augmenter les difficultés de l'enfant. Il est donc nécessaire que le psychomoteur ait des connaissances solides sur le développement de l'enfant avec autisme. Son rôle est dans un premier temps d'évaluer la présence de troubles moteurs dans l'autisme, et de déterminer l'impact qu'ils ont dans la vie de l'enfant. Puis dans un second temps de proposer une rééducation de ces déficits moteurs si cela semble nécessaire.

De même nous avons soulevé l'existence de particularités dans le développement sensoriel de l'enfant autiste. Et cela dès son plus jeune âge. Ces atypies sont mises en

évidence notamment par l'examen psychomoteur, grâce aux outils spécifiques du psychomotricien et à son sens de l'observation précise et détaillée des comportements perceptivo-moteur de l'enfant.

La haute autorité de santé préconise une rééducation spécifique telle que la psychomotricité dans le cas de troubles praxiques, posturaux, toniques ou gnosiques. L'examen du développement psychomoteur permet l'examen de la motricité dans ses différentes dimensions (globale, générale, fine, manuelle et digitale), ainsi que des capacités praxiques et des capacités d'intégration sensorielle de l'enfant en général. En cas de présence de déficits, comme on peut l'observer dans l'autisme, il propose alors une rééducation permettant « d'améliorer l'adaptation de l'enfant à son environnement par le biais d'apprentissages perceptivo-moteurs spécifiques ».

2.2 Le psychomotricien : un intervenant de choix auprès des tous petits

Le psychomotricien est selon B.Rogé « un partenaire essentiel dans la prise en charge du très jeune enfant » (Le modèle de Denver pour la prise en charge des jeunes enfants atteints d'autisme = un outil supplémentaire dans les ressources du psychomotricien, dans Autisme et psychomotricité, p 289, 2013). En effet grâce aux outils spécifiques dont il dispose ainsi que les expériences et les connaissances qu'il détient sur le très jeune enfant, il est capable de favoriser le développement de l'enfant, lorsque celui-ci semble altéré. Les très jeunes enfants communiquent et apprennent à partir des mécanismes sensori-moteurs et émotionnels innés et fonctionnels dès la naissance. Selon Le Menn-Tripiti « la psychomotricité se situe au carrefour du développement et du fonctionnement sensori-moteur, socio-émotionnel et cognitif » (Psychomotricité et thérapie d'échange et de développement : expérience d'un groupe thérapeutique auprès de jeunes enfants avec autisme, dans Autisme et psychomotricité, p311, 2013).

L'observation du très jeune enfant, ultérieurement diagnostiqué comme étant autiste par l'étude des films familiaux, montre des altérations très précoces de la motricité sociale (Barthélémy, dans la préface du livre Autisme et psychomotricité, Perrin et Maffre, 2013). L'enfant semble moins engager son corps dans les échanges avec son entourage (peu de regards, de sourires, déficit d'ajustement posturo-tonique, manque de synchronisation motrice...). Cela impacte les ajustements relationnels du nourrisson. D'autres anomalies vont alors apparaître au cours du développement de l'enfant (maladresse sociale et communicative, bizarreries posturales et motrices, dysmétrie relationnelle), et vont entraver l'adaptation comportementale et la façon de penser de l'enfant. La rééducation psychomotrice du jeune enfant a donc pour objectif d'homogénéiser les capacités d'intégration sensori-motrice et émotionnelle de l'enfant, dans un contexte favorable à l'interaction et la relation. Par

le biais des expériences sensori-motrices vécues, l'enfant va progressivement prendre conscience de son unité et se construire une représentation mentale de ce qu'il est, dans une dimension spatiale et temporelle. Le rôle du psychomotricien est d'orienter l'enfant dans l'échange et la relation, par le partage d'expériences sensorielles et motrices, pour qu'il puisse prendre conscience d'autrui. Et on peut parler comme Barthélémy, de « rééducation de la psychomotricité sociale ».

B) La place de la psychomotricité au sein de différents programmes d'intervention :

Le psychomotricien qui prend en charge de jeunes enfants atteints d'autisme peut utiliser dans sa pratique, des techniques et des principes empruntés à des interventions dont l'efficacité est maintenant reconnue. Cela est d'autant plus valable si ces interventions sont en lien avec les choix de la famille et le projet individualisé mis en place par l'ensemble de l'équipe de soin.

1. L'éducation structurée à tous les âges

1.1 la méthode ABA et les programmes ABA : une approche comportementale de l'autisme

1.1.1 la méthode ABA :

L'ABA, applied behavior analysis (ou analyse appliquée du comportement en français) est une discipline scientifique. Elle consiste à analyser les comportements pour comprendre comment l'environnement les influence. Elle contribue à développer des techniques et des procédures afin de modifier les comportements. Elle se concentre sur des comportements isolés dans des domaines variés, comme l'amélioration des performances de gymnaste, ou encore l'apprentissage des demandes chez les enfants atteints d'autisme (Jennett, Delmonio et Haris, 2008, in Bourgueil, 2011).

Ce modèle se base sur le fait que « le comportement d'une personne est issu d'événements, d'antécédents et qu'il existe des conséquences qui modifient sa probabilité ultérieure d'apparition » (Magerotte, 2001).

1.1.2 Les caractéristiques des programmes basés sur la méthode ABA :

Ces programmes se sont surtout développés en Amérique du nord et en Europe du nord. Ils impliquent un travail systématique sur les compétences psychomotrices, cognitives et sociales. L'objectif de ces programmes est le développement de nouvelles stratégies pour modifier les comportements aberrants. Ce sont généralement des programmes précoces et intensifs pour susciter des progrès globaux et améliorer à long terme l'évolution des enfants atteints d'autisme. La participation des parents est très sollicitée.

Les programmes de modification des comportements créés pour les enfants atteints d'autisme ne se focalisent pas sur un comportement isolé, mais sur des conséquences plus larges comme la communication, l'autonomie ou les apprentissages scolaires. Il existe différents programmes centrés sur des compétences déterminées

1.1.2.1 Les points communs présents dans tous ces programmes :

Les valeurs scientifiques : Ces programmes suivent les valeurs scientifiques de la méthodologie ABA. En effet, ils se basent sur le déterminisme comportemental, ainsi que sur la parcimonie pour expliquer l'existence d'un comportement. Le déterminisme, dans ce cadre, repose sur le principe que les comportements d'un individu sont déterminés par des événements internes (faim, maladie...) ou externes. Ces événements sont identifiables. La parcimonie quant à elle réside sur le fait de choisir l'explication la plus simple d'un comportement, sans entrer dans des interprétations complexes, en se basant seulement sur des descriptions objectives du fonctionnement de l'individu.

L'utilisation des principes et des procédures de base des apprentissages : Les programmes guidés par l'ABA reposent sur des principes communs. Ces principes sont nombreux. L'un d'eux est la sélection des comportements selon leurs conséquences (Pennypacker, 1994, in Bourgueil, 2011). Un comportement est maintenu par l'individu que s'il est utile à celui-ci. A l'inverse, si le comportement n'a pas d'utilité pour l'individu, il disparaît.

Par ailleurs ces interventions reposent aussi sur la procédure de renforcement, qui se définit par l'utilisation de renforçateurs qui viennent modifier la fréquence d'apparition d'un comportement cible. Le renforçateur est considéré positif s'il vient augmenter la fréquence d'apparition du comportement cible. Et, inversement, s'il tend à diminuer la fréquence d'apparition du comportement, il est alors considéré comme négatif. Le renforcement doit être immédiat après l'émission du comportement pour avoir un impact sur celui-ci. En outre le choix des renforçateurs doit être individualisé, ce qui demande de connaître ce qu'apprécie l'enfant, ses intérêts et ses préférences, en passant notamment par une phase d'observation de l'enfant, dans un milieu libre de contraintes et d'exigences. Cette observation permet ainsi d'établir les types de stimulations qui intéressent l'enfant, les jeux qu'il préfère, mais aussi le type d'interaction qu'il privilégie. Elle permet aussi d'être une base pour créer chez l'enfant de nouveaux centres d'intérêts.

Avec les enfants autistes, il est nécessaire d'utiliser dans un premier temps des renforçateurs non naturels, car ils sont peu sensibles aux renforçateurs naturellement induits par l'activité. L'objectif au cours du temps est de redonner aux renforçateurs naturels leur rôle, c'est-à-dire de rendre les activités quotidiennes, ou le temps passé à jouer avec l'adulte ou avec ses pairs, naturellement renforçateurs pour l'enfant.

Ces programmes se basent aussi sur les stratégies de base de la théorie de l'apprentissage et du conditionnement opérant de Skinner. En effet ils associent apprentissage par essais distincts et apprentissage incident dans le milieu naturel, en utilisant les procédures de base : les guidances, le façonnement et le chaînage.

Les autres points communs : Ces interventions partagent d'autres éléments, valeurs ou procédures communs, comme la vérification de leur efficacité, l'explication des procédures utilisées, le respect des règles déontologiques et de l'éthique... Par ailleurs ils doivent aussi se mettre régulièrement à jour sur les connaissances relatives à l'ABA et à l'autisme.

1.1.2.2 Les différences entre les différents programmes :

Les différents programmes guidés par l'ABA se distinguent les uns des autres malgré leur origine commune et cela en différents points.

Ils se différencient en premier lieu par l'utilisation de curriculums différents. Ces curriculums sont des aides aux professionnels pour mettre en place des projets individualisés, car ils définissent la séquence selon laquelle sont enseignés les différents apprentissages. Ils permettent de déterminer un ordre hiérarchique dans l'acquisition d'apprentissages simples pour pouvoir accéder à des apprentissages plus complexes. Selon les différents programmes, les curriculums vont différer, car ils ne vont pas reposer sur les mêmes fondements théoriques.

Ils se différencient aussi par l'utilisation de méthodes de cotation différentes. Le suivi des comportements et des apprentissages revêt une forme différente selon le programme, même si le plus souvent il prend la forme d'une grille d'observation.

Enfin ils diffèrent par des formats d'enseignement organisés de manière différente. Ceci est à mettre en lien avec les différents curriculums utilisés, et sur les compétences sur lesquels ils mettent le plus l'accent. Cependant Sundberg et Parigton (1998, in Bourgueil, 2011) conseillent de débiter la prise en charge dans un environnement naturel, peu structuré, afin de mettre en place une relation de confiance avec l'enfant et les bases de la communication. Puis ils conseillent de passer à un cadre plus structuré pour un meilleur contrôle des apprentissages. Les apprentissages doivent être ensuite réalisés hors de ce cadre non naturel, pour que l'enfant puisse les généraliser dans la vie quotidienne

1.1.3 les apports de ces programmes :

Dans le domaine de la communication : La plupart des programmes basés sur la méthode ABA reposent sur la conception de la communication de Skinner (1957). Skinner définit les différentes composantes fonctionnelles du langage comme des comportements verbaux. Il attribue à ces différents comportements verbaux des fonctions spécifiques, et les lie à des

événements différents. Ces comportements verbaux sont travaillés spécifiquement selon leurs caractéristiques. De plus ces pratiques travaillent la capacité à initier la communication. L'enfant ne doit pas être uniquement au milieu et à la fin de la chaîne de communication mais il doit aussi être capable de l'amorcer.

Dans la diminution des comportements problèmes : Selon les principes vus plus au haut le comportement problème exprimé par l'enfant doit remplir une fonction, sinon il disparaîtrait. Les deux principales fonctions attribuées à ces comportements perturbateurs sont : l'obtention d'attention ou d'autostimulation ou pour échapper à une tâche, à des stimuli externes ou internes (Neef et Peterson, 2007, in Bougueil, 2011). Il faut donc dans un premier temps réaliser une analyse fonctionnelle du comportement problème de l'enfant, pour isoler les fonctions de ce comportement et les événements déclencheurs. Une fois cette analyse faite, les programmes se concentrent sur la gestion du comportement problème, en enseignant à l'enfant un comportement alternatif plus adapté, remplissant la même fonction que le comportement problème. Parallèlement les conduites à tenir face à ce comportement problème et les aménagements à réaliser pour éviter son apparition sont définies, afin qu'il ne soit plus renforcé et que l'enfant se rende compte qu'il ne sert plus à rien (extinction du comportement).

On remarque aussi des apports positifs dans les activités de la vie quotidienne et dans les apprentissages scolaires, en passant notamment par la modification de comportements déjà présents mais inadaptés, ou par l'enseignement de nouvelles compétences, en utilisant les procédures de base de l'apprentissage.

1.2 le programme TEACCH : une approche développementale de l'autisme:

« Apprendre à une personne atteinte d'autisme comment elle peut apprendre » (Determann, A., 2011)

1.2.1 Introduction et historique

Le programme TEACCH se base sur une approche développementale et une approche éducative. Les caractéristiques de l'autisme sont abordées dans ce programme comme source de handicap durable dont il faut minimiser les conséquences pour permettre l'intégration de la personne. C'est un programme qui se centre sur la personne. En effet ce programme repose sur la compréhension du fonctionnement de la personne atteinte d'autisme, mais aussi sur ses compétences, sur ce qu'elle sait faire et ce qu'elle pourra faire en fonction de son niveau de développement et de la sévérité des troubles. De plus dans ce programme l'initiative et le

choix des matériaux sont laissé à l'enfant dans un environnement aménagé pour favoriser sa participation.

Eric Schopler est le premier à émettre l'hypothèse que la cause de l'autisme serait une anomalie organique. Cette hypothèse a été confirmée par la suite grâce à la neuropsychologie et ses techniques d'imagerie cérébrale. Un traitement particulier des informations provenant du milieu a été mis en évidence. En 1966 il lance un projet expérimental d'une durée de cinq ans. Ce projet englobait le diagnostic, l'évaluation, le traitement de l'enfant atteint d'autisme, mais aussi la formation des professionnels et l'accompagnement des parents. C'est la naissance du programme TEACCH « Treatment and education of autistic and communication handicapped children » (traitement et éducation d'enfants atteints d'autisme et de trouble apparentés de la communication, en français). C'est un programme d'intervention vaste et complet, accessible à toutes les personnes atteinte d'autisme quels que soient leur niveau et leur âge.

En 1972 la Caroline du Nord l'adopte comme dispositif global de prise en charge de la personne avec autisme. Il sera par la suite diffusé au reste des Etats-Unis, puis en Europe dans les années 1980-1990. En France la première structure, utilisant ce programme, a ouvert ses portes en 1985 (IME « Notre école »).

1.2.2 Les apports de la théorie et des connaissances sur l'autisme :

Ce programme repose en grande partie sur la compréhension de la personne avec autisme. L'autisme est ici appréhendé dans une approche développementale. Ce programme s'inspire des théories comportementales et cognitives pour comprendre et accompagner la personne. Les apprentissages sont axés sur la personne, sa qualité de vie et le développement de ses compétences, pour une meilleure autonomie dans la vie sociétale.

Outre la considération des particularités individuelles, les connaissances sur le fonctionnement cognitif caractéristique des personnes avec autisme sont aussi prises en compte. En effet le programme est adapté aux particularités cognitives suivantes, présentes dans l'autisme :

- Les particularités sensorielles : hyper ou hyposensibilité, seuils de réaction variables chez un même individu (hyperréactivité ou absence de réponse)
- Le manque de cohérence centrale : intérêt particulier pour les détails, difficultés à regrouper les perceptions pour leur attribuer une signification cohérente, ce qui provoque des difficultés de compréhension du milieu et engendre des comportements inappropriés.

- Le déficit des fonctions exécutives : difficultés à organiser l'action et notamment dans la réalisation des différentes étapes qui la compose.
- La difficulté de généralisation : « mémorisation en bloc », lien fort entre l'action et le contexte dans lequel elle a été réalisée, si bien que si un détail de ce contexte est modifié, la personne perçoit cette action comme différente. Cela entraîne des difficultés pour transposer les apprentissages à diverses situations, mais aussi une résistance aux changements dans les actions apprises (tendance à la ritualisation face à la nouveauté).
- Le déficit en théorie de l'esprit : incapacité à se représenter ce que ressentent les autres, ainsi que leurs intentions. Les personnes avec autisme rencontrent des difficultés pour entrer en interaction de façon appropriée avec d'autres personnes, et notamment pour amorcer et maintenir la conversation, selon les normes sociales.
- Les intérêts restreints : motivations particulières, inhabituelles.

Les interventions définies dans ce programme n'agissent pas directement sur ces déficits mais en tiennent compte pour amener des moyens de compensations, pour une meilleure compréhension du monde environnant.

1.2.3 Les principes fondamentaux du TEACCH

♣ **L'objectif :**

L'objectif visé est d'apporter à la personne atteinte d'autisme les moyens de communiquer et de comprendre le monde qui l'entoure. Il s'agit d'adapter la personne en lui enseignant les compétences qui lui permettront de participer de manière autonome à la vie en société. Mais aussi en adaptant l'environnement, en tenant compte des particularités de la personne, pour créer les meilleures conditions, pour qu'elle puisse se saisir de cet environnement et y agir de manière adéquate. Ceci en se reposant surtout sur la visualisation des concepts abstraits (rendre visible ce qui ne se voit pas).

♣ **L'évaluation et projet éducatif individualisé :**

La compréhension du fonctionnement de l'individu passe par une évaluation précise des compétences dans tous les domaines développementaux. Des tests spécifiques sont utilisés afin d'évaluer ce que l'individu sait faire mais aussi ce qu'il pourra faire, notamment en mettant en lumière les émergences dans les différents domaines. Une émergence est un état intermédiaire entre une compétence acquise et d'autres non acquises. A partir de ces données, un projet d'éducation individuel (PEI) est élaboré, en s'appuyant sur les compétences acquises pour proposer un travail autonome, et sur les compétences émergentes pour un travail d'apprentissage. Cela est réalisé dans les différents domaines :

communication, sensori-motricité, autonomie dans les activités de la vie quotidienne. Ce PEI est établi selon des variables propres à l'individu : ses compétences acquises et émergentes, son niveau de développement et le degré d'intensité de l'autisme et du retard mental associé ou non, mais aussi de ses centres d'intérêts. Il est aussi établi à partir de variables extérieures, mais liées à la personne : son éducation, l'investissement et la participation de sa famille dans la prise en charge et à l'âge du diagnostic.

♣ **La structuration de l'environnement :**

La structuration de l'environnement repose sur un constat : les personnes avec autisme ont une meilleure compréhension des supports visuels. L'utilisation de supports visuels permet une meilleure mobilisation de leur attention, et une meilleure compréhension des attentes que par la modalité verbale. De plus l'aménagement de l'environnement permet de diminuer les sources de distractions. En effet il est nécessaire de mettre en évidence ce qu'il va se passer dans chaque lieux, pour que l'enfant associe à chaque lieu une fonction spécifique. Par exemple dans la salle de psychomotricité il faut mettre en avant le matériel qui va être utilisé durant la séance. Mais il faut aussi structurer la salle, en donnant à chaque lieu de la pièce une fonction : le grand bureau pour les apprentissages avec le thérapeute, la petite table isolée devant le mur pour le travail en autonomie, le tapis pour les activités motrices et un coin pour les activités libres...

La structuration de la séance doit être aussi temporelle, car matérialiser le temps par des éléments visuels concrets, permet de compenser les déficits perceptifs et les difficultés de mentalisation. Cette matérialisation passe par l'utilisation d'outils simples de compréhension et d'emplois pour l'enfant (emplois du temps, time-timer®, plannings, calendriers...) composés de supports visuels adaptés aux capacités de l'enfant (images, photos, objets...). Par exemple, l'emploi du temps doit être accessible et fonctionnel pour l'enfant. Il est nécessaire qu'il puisse en faire une lecture autonome. Cet outil peut être composé de photos, d'images ou d'objets qui évoquent les lieux où il devra aller au cours de sa journée, mais aussi les activités qu'il aura à réaliser, à quel moment et dans quel ordre. Il doit être mis à jour au fur et à mesure du déroulement de la journée. L'enfant doit le consulter à chaque changement d'activité. L'apprentissage du fonctionnement de l'emploi du temps par l'enfant et son entourage est un pré requis à sa bonne utilisation.

Et enfin la structuration des activités est aussi utilisée. Structurer l'activité rend le début et la fin de l'activité plus compréhensible pour l'enfant. Il faut lui présenter les différentes activités de façon concrète, en les visualisant, afin qu'il puisse traiter les informations plus efficacement. En pratique cela passe par l'utilisation de boîtes ou de petits paniers qui contiennent le matériel à utiliser, posées sur la table de travail, qui est elle aussi aménagée pour une meilleure concentration de l'enfant (moindres distracteurs). L'activité, peut être aussi

décomposée en différentes étapes, à réaliser successivement. L'explication de ces différentes étapes peut être matérialisée par l'utilisation des petits paniers (chaque panier contenant le matériel nécessaire à la réalisation d'une étape), ou par un schéma composé d'images, de photos, d'objets.

L'apprentissage se fait donc, dans un premier temps, dans un lieu très structuré comme décrit ci-dessus, pour une meilleure concentration et une meilleure compréhension de l'action. Cela passe notamment par la mise en place de routines, qui évolueront en automatismes. Ainsi l'enfant pourra, une fois qu'il aura automatisé les différents gestes, réaliser la même action dans un milieu plus naturel.

♣ **L'accès à un moyen de communication :**

L'un des objectifs les plus importants dans ce programme est d'apporter à l'enfant avec autisme les moyens de communiquer avec les autres, car il se base sur le principe que le manque de communication engendre des comportements inappropriés et problématiques. Ce programme s'axe donc sur l'apprentissage de moyens de communiquer, pour que l'enfant exprime ses besoins et ses demandes, mais aussi sur l'utilisation des moyens qui permettent une meilleure compréhension du langage oral. Ainsi sur le versant réceptif, le langage verbal est soutenu par les supports visuels. Les images, les photos, les objets viennent mettre l'accent sur les mots et permettent une meilleure compréhension des attentes de l'entourage. Mais ils forment aussi un rappel du mot. Lorsque l'enfant a compris le lien qui existe entre le support visuel et ce qu'il désigne, il peut user de ces soutiens visuels pour faire une demande, il rentre ainsi dans la communication. Ensuite des mots sont associés à sa demande, lorsqu'il tend l'image. Lorsque l'enfant s'est saisi du mot, l'utilisation de l'image pour faire des demandes est progressivement abandonnée.

♣ **La collaboration avec les parents :**

La collaboration des parents est essentielle dans ce programme. Ils sont considérés comme « co-thérapeute » (E.Schopler). Une relation d'égalité doit se créer entre les professionnels et les parents. Les parents sont ceux qui connaissent le mieux leur enfant, mais ils n'ont pas forcément de connaissances sur l'autisme, contrairement aux professionnels intervenant auprès de l'enfant autiste. Cette relation se base donc sur un partage d'expériences, de connaissances et d'observations. L'action des thérapeutes est temporaire, ils agissent lors du diagnostic, de l'évaluation de l'enfant, lors de l'élaboration du PEI, et en guidant les parents, alors que l'action des parents s'inscrit dans le quotidien et ce tout au long du développement de l'enfant. Il est donc important de les informer et de les former, pour qu'ils puissent accompagner leur enfant, et rester à leur place « d'éducateurs de leur enfant ».

De plus cela permet aussi une meilleure généralisation des apprentissages fait en séance de rééducation s'ils sont repris selon les mêmes principes à la maison, avec les parents

1.3 Enrichissement mutuel entre éducation structurée et psychomotricité :

(Miquel-Grenier, 2013)

L'éducation structurée repose sur les fondements théoriques de l'apprentissage et de l'approche cognitivo-comportementale, ainsi que sur les connaissances sur le développement de l'enfant. Les principes et pratiques de cette approche reposent sur l'idée que l'autisme ne s'inscrit pas comme un manque d'aptitudes mais comme le regroupement d'atypies fonctionnelles. Ainsi un projet personnalisé de l'enfant est établi dans le respect des particularités de son développement. Les stratégies éducatives adoptées sont en adéquation avec l'enfant. Tous les professionnels concernés par l'exécution du programme personnalisé de l'enfant peuvent mettre en place au sein de leur séance éducative ou rééducative ces principes. Or le psychomotricien est souvent intégré au programme de prise en charge de l'enfant.

1.3.1 L'optimisation de la pratique psychomotrice grâce à l'éducation structurée

L'éducation structurée, grâce à ces différentes stratégies permet de mettre en place une intervention psychomotrice la plus adaptée possible à l'enfant. En effet l'utilisation des différents principes et des pratiques de l'éducation structurée permet notamment une meilleure évaluation des compétences de l'enfant. Les aménagements de l'espace et du temps, l'organisation très structurée des activités sont une aide importante pour l'enfant. La compréhension est renforcée, et l'anxiété de l'enfant diminue, ce qui nous permet d'observer ses réelles compétences. Ceci est aussi applicable en séance de rééducation. Par ailleurs l'instauration de routines, et d'un cadre très ritualisé en début de prise en charge, permet une prévisibilité qui apaise l'enfant et améliore son implication lors des séances. Puis, progressivement, la nouveauté est intégrée aux séances au rythme de l'évolution de l'enfant et de ses progrès.

De plus, l'adaptation des consignes selon les principes et l'aide de l'utilisation des stratégies appartenant à l'éducation structurée (exagérer les communications verbales, simplifier, diminuer et décomposer les consignes verbales, utilisation de supports visuels) permet d'augmenter la compréhension de l'enfant, et de prévenir les incompréhensions, les frustrations et l'apparition de comportements problèmes.

En outre l'utilisation de renforçateurs permet de garantir et maintenir la motivation de l'enfant au cours de la séance, et au fils des rencontres.

L'éducation structurée vise des objectifs fonctionnels et concrets. Lorsque la psychomotricité s'inscrit dans les interventions basées sur l'éducation structurée, les objectifs de prise en charge doivent suivre le même modèle et être opérationnels et fonctionnels. Ils doivent être définis par des comportements observables. Ils doivent aussi être détaillés. Il faut définir le comportement ciblé et décrire les moyens à mettre en place, le matériel utilisé et les critères d'acquisition.

L'éducation structurée fournit aussi des outils fonctionnels (grilles d'observations), favorisant la mise en œuvre du projet d'intervention psychomotrice, et d'observer la progression de l'enfant.

1.3.2 La psychomotricité au service de l'éducation structurée

L'approche psychomotrice permet d'appréhender et de compenser un fonctionnement particulier de l'individu avec autisme qui rend son adaptation difficile. Ainsi l'évaluation psychomotrice permet de voir s'il existe des troubles psychomoteurs qui seraient à l'origine de ses difficultés. Elle permet aussi de faire ressortir les particularités de fonctionnement dans les domaines spécifiques à la psychomotricité (fonctionnement sensori-moteur). La prise en charge permet quant à elle de proposer des moyens rééducatifs et thérapeutiques pour venir compenser ce fonctionnement atypique.

De plus, le regard de la psychomotricité sur l'enfant permet de vérifier que les objectifs posés par le projet global sont en adéquation avec son fonctionnement psychomoteur (compétences, ressources et déficits).

La prise en charge en psychomotricité a aussi pour objectif, et il en va de soi, de rééduquer les troubles psychomoteurs, fréquemment présents chez ses enfants. Les troubles psychomoteurs (troubles de la motricité, anomalies du traitement sensoriel, déficit d'imitation et des fonctions exécutives) peuvent entraver la réalisation des objectifs fixés dans le projet global.

Enfin les séances de psychomotricité permettent de solliciter et de renforcer certaines compétences transversales. En effet le psychomotricien utilise souvent le jeu, source de partage de plaisir, comme médiateur à la rééducation psychomotrice. Le jeu et l'expérimentation d'expériences agréables permettent entre autres de solliciter l'échange de regards, l'utilisation de gestes sociaux comme le pointage, ou encore les demandes.

La psychomotricité s'inscrit donc dans la prise en charge spécifique des troubles psychomoteurs. La rééducation de ces troubles doit être le plus adaptée possible à l'enfant. L'intégration des outils des programmes basés sur l'éducation structurée permettent

d'optimiser les bénéfices de cette rééducation psychomotrice tout en respectant le projet d'intervention global de l'enfant

2. Les interventions en autisme spécifiques aux jeunes enfants

2.1 L'éducation intégrée aux interactions sociales positives chez le jeune enfant : le programme de Denver et l'ESDM

2.1.1 Le programme de Denver :

(Rogé, B., 2013)

Le programme Denver a été créé dans les années quatre-vingt à l'université du Colorado. Il s'adresse aux enfants d'âge préscolaire, de deux ans à six ans (Rogers, Herbison, Lewis, Pantone et Reis, 1986 ; Rogers et Lewis 1989). Ce programme intègre aussi bien des éléments éducatifs que comportementaux. Il est axé sur le développement des compétences cognitives, notamment sur l'accès au symbolique et à la communication. Ce modèle repose sur la pratique d'activités ludiques. En effet le jeu est considéré comme le support des premiers apprentissages de l'enfant, et notamment des aptitudes sociales, émotionnelles, communicatives et cognitives (National research council, 2001). L'éducation de l'enfant est ainsi intégrée aux interactions sociales, qui s'établissent entre l'enfant et l'adulte et qui sont qualifiées de positives. Le développement des compétences socio émotionnelles passe par le biais de l'expérimentation de relations interpersonnelles avec des adultes, mais aussi des pairs (séances de groupe).

Le jeu et les interactions positives sont les fondements de ce programme (Rogers, 2001). Le rôle de l'adulte et les buts des différentes activités ludiques utilisées vont dépendre des objectifs établis dans le programme personnalisé de l'enfant, et vont varier en fonction de ses progrès.

2.1.2 L'ESDM : early start Denver model

(Rogers, S., Dawson, G., 2013)

L'ESDM est un programme basé sur une approche développementale, où l'autisme est considéré comme un trouble du développement. Ce programme précoce cible tous les domaines développementaux touchés dans l'autisme. Pour cela il met en avant l'importance des relations interpersonnelles, et suit les séquences développementales. Le développement est ici conceptualisé comme un processus interpersonnel modulé par la qualité des relations. La qualité des relations repose sur la mise en place d'affects positifs, et sur certaines qualités de l'intervenant (réceptivité, sensibilité, réciprocité).

Ce modèle donne une grande place aux parents, ils guident l'équipe par leurs préférences et leurs décisions. De plus un travail important est réalisé sur les relations familiales. D'ailleurs les pratiques pédagogiques utilisées peuvent être appliquées aussi bien en individuel qu'en groupe, en séance de thérapie et au domicile et dans tous les lieux d'accueil de l'enfant. Cependant cela demande de former toutes les personnes concernées par l'enfant.

Par ailleurs, c'est une méthode qui s'inscrit dans l'interdisciplinarité. Les différents professionnels qui suivent l'enfant vont utiliser ces pratiques particulières en partageant des objectifs communs. Au sein de cette équipe pluridisciplinaire, une personne est désignée comme personne ressource, qui travaillera en lien avec la famille.

2.1.2.1 les origines de ce modèle

Ce modèle est né des découvertes réalisées au cours des vingt dernières sur les déficits présents dans l'autisme au niveau de : l'orientation sociale, le partage d'attention, l'initiation des échanges, l'imitation, la communication, le jeu et dans la capacité d'apprentissage (apprentissage plus lent).

Par ailleurs la symptomatologie autistique a une influence sur les interactions de l'enfant. En effet la biologie de l'autisme provoque un moindre engagement de l'enfant dans les apprentissages sociaux. Les enfants atteints d'autisme ne ressentent pas de sentiment positif envers les interactions sociales. Ils ne les voient pas comme des renforçateurs. A partir de 6-9 mois l'enfant semble moins dans l'interaction, provoquant une diminution du contact relationnel avec son entourage. L'enfant se retire de plus en plus dans un isolement, dit autistique. Cela a des conséquences sur son développement neuronal et psychologique.

Le but du programme est d'éviter ce processus pathologique.

2.1.2.2 les objectifs :

L'objectif de ce modèle est de réinsérer l'enfant dans la boucle sociale, en lui enseignant les éléments de base de la vie sociale et en comblant les lacunes d'apprentissages qui se sont accumulées au cours du temps (limiter le déficit intellectuel) en misant sur une prise en charge très précoce.

2.1.2.3 les principes et la méthodologie de l'ESDM :

♣ **L'évaluation = le curriculum de l'ESDM :**

Le curriculum de l'ESDM est un outil d'évaluation dont les critères se basent sur les séquences de développement de compétences appartenant à huit domaines différents : le langage versant sur le réceptif et expressif, les interactions sociales, la motricité globale et

motricité fine, l'imitation, la cognition, et les compétences de jeu. Ce curriculum se compose de 480 items organisés en 4 niveaux : plusieurs périodes de 9-12 mois à 48 mois (premier niveau 9/12-18 mois, deuxième niveau 18-24 mois, troisième 24-36 mois et quatrième niveau 36-48 mois). Cet outil a été conçu spécifiquement pour les enfants avec TSA. L'organisation des items et leur place dans les différents niveaux a été déterminée par la recherche sur le développement typique de l'enfant, et par l'observation clinique du développement de l'enfant atteint de TSA.

Le curriculum est administré à l'enfant soit par un seul professionnel, soit par l'ensemble de l'équipe interdisciplinaire qui se partage les différents domaines, et cela toutes les douze semaines. L'administration doit être similaire à l'intervention : c'est-à-dire qu'il faut structurer la salle comme pour la prise en charge, et mettre en place un style interactif basé sur le jeu (choix des matériaux et des activités préférées). Tous les domaines doivent être évalués, il faut examiner les items du niveau inférieur ou supérieur si nécessaire. Les parents sont sollicités pour fournir des informations : sur des compétences de l'enfant, sur les routines qu'il connaît, ses activités préférées (par entretien direct, ou questionnaire). Les comportements ainsi observés sont codés selon un code défini, puis quotés et enfin comparés à une liste de contrôle.

Ainsi cet outil permet d'identifier les niveaux actuels de l'enfant dans chaque compétence, mais aussi de connaître quelles sont les compétences les plus avancées (les points forts de l'enfant). Cela permet d'identifier les forces et les besoins de l'enfant en établissant son profil de développement dans les différents domaines.

ANNEXE N°6 : Séquence développementale utilisée dans l'ESDM

♣ la construction du plan d'intervention : des objectifs fonctionnels

Les objectifs sont établis en fonction des compétences et des capacités de généralisation de l'enfant (avec des personnes, des matériaux et dans un contexte différents). Ce sont des objectifs fonctionnels, qui visent des actions en contexte d'adaptation. Ils doivent être réalisables en douze semaines et concerner deux à quatre domaines de développement différents. La rédaction des objectifs passe par une analyse fonctionnelle du comportement attendu. C'est-à-dire qu'il faut d'abord identifier quel est l'antécédent (ou stimulus) qui précède le comportement, puis observer le comportement en tant que tel (sa généralisation, son initiation, sa spontanéité). Et finir par déterminer le critère de ce comportement est mesurable pour évaluer sa maîtrise et sa généralisation.

Chaque objectif doit pouvoir se décomposer en quatre à six étapes d'apprentissage. La première étape correspond à la ligne de base de la compétence de l'enfant. La dernière étape

correspond au niveau de maîtrise de la compétence. Les étapes intermédiaires définissent les progrès à réaliser avant d'arriver à la maîtrise de la compétence.

Au cours des séances on observe la progression des différents objectifs, en prenant des notes à intervalle régulier (environ toutes les quinze minutes). Ces données permettent un ajustement des pratiques quotidiennes d'enseignement.

♣ **La maîtrise des pratiques d'apprentissages : principes empruntés à d'autres programmes :**

L'ESDM utilise les principes de différentes méthodes. En effet ce modèle emprunte certains principes appartenant à la méthode de DENVER : la modulation de l'éveil de l'enfant, l'engagement dyadique, la qualité de l'élaboration de routines, la combinaison des différents objectifs, l'utilisation de la communication dans toutes les activités, en variant les fonctions, favoriser la communication non verbale, et l'utilisation de la règle « du un mot de plus » (utiliser un mot de plus par rapport au nombre de mot qu'utilise l'enfant).

Il utilise aussi des principes du PRT : suivre l'exemple de l'enfant, lui donner le choix (des activités, du matériel), utiliser le tour de rôle, et renforcer toutes les tentatives de l'enfant.

Enfin il utilise aussi les principes de l'ABA : l'attention, le format ABC (SRC en français), l'application des techniques d'enseignement comportementales, la répétition des actions, et la gestion des comportements indésirables.

♣ **L'utilisation de routines ludiques d'activités conjointes comme cadre d'enseignement :**

L'enfant et le thérapeute réalisent ensemble, de séance en séance, les mêmes activités routinières. Ces routines sont des activités de courte durée (2 à 4 minutes) qui sont sélectionnées en fonction des préférences, et des intérêts de l'enfant. Elles visent plusieurs objectifs, dans différents domaines. La mise en place de routines passe par plusieurs étapes : du choix de l'activité, à l'apprentissage de la routine, en développant le tour de rôle et la collaboration entre les deux protagonistes, à la complexification de l'action routinière pour élargir le répertoire d'activités de l'enfant et développer sa flexibilité mentale, jusqu'à l'arrêt de la routine, pour passer à une nouvelle routine. Il existe plusieurs types de routines. Les routines avec objets permettent de travailler sur l'alternance d'attention, sur l'engagement triadique (enfant-objet-thérapeute) et l'attention conjointe.

Les routines sensorielles s'inscrivent dans un affect positif, afin de favoriser l'engagement dyadique, en passant notamment par le partage d'activités de plaisir. Ces routines sensorielles permettent de moduler l'éveil de l'enfant et d'attirer son attention, pour favoriser la réciprocité et les échanges sociaux.

Les objectifs visés à travers ces différentes routines sont le développement de la communication, des compétences cognitives et motrices, mais aussi de favoriser l'imitation, l'attention conjointe et l'échange.

Pour résumer les pratiques pédagogiques utilisées dans l'ESDM reposent sur la gestion de l'attention de l'enfant, la modulation de son affect et de son éveil, l'optimisation de sa motivation, mais aussi sur la qualité de l'engagement dyadique, dans un affect positif. L'adulte doit se montrer sensible et réceptif à l'enfant, et s'adapter aux compétences langagières de l'enfant. Les activités choisies doivent favoriser l'attention conjointe et l'élaboration cognitive. L'apprentissage repose sur la mise en place de routines et de répétitions, mais aussi par l'introduction de variations au sein de ces routines. Néanmoins il arrive que malgré le respect de tous ces principes l'enfant ne progresse pas. Dans ce cas, ce modèle a établi un arbre de décisions, une hiérarchie de mesures à mettre en place suivant les situations.

ANNEXE N°7 : Que faut-il faire lorsqu'il y a peu de progrès ? Consultation de l'arbre de décision

2.1.2.4 les effets de l'ESDM :

(Rogé, B., 2013)

La première étude menée dans le but d'évaluer si l'application de ce modèle apporte des bénéfices à l'enfant a été réalisée par Dawson et al en 2010. Deux groupes d'enfants, d'âge similaire y sont comparés : un groupe ayant suivi pendant deux ans le programme d'intervention précoce de Denver (ESDM), et un autre ayant bénéficié d'une intervention plus classique, sur une durée égale. Il est rapporté que les enfants ayant suivi le programme de l'ESDM montraient une augmentation quantitativement plus significative du quotient intellectuel par rapport à celle des enfants introduits dans un programme de soin classique. De plus il est remarqué aussi que la progression de leurs comportements adaptatifs évolue à la même allure que celle des enfants non porteurs de TSA (avec un développement typique). Par ailleurs on constate aussi une diminution plus importante de l'expression de la symptomatologie autistique chez ces enfants. Le diagnostic d'autisme est même dans certains cas modifié, en un diagnostic moins sévère de troubles du spectre autistique (diminution du degré de l'atteinte).

Pour compléter ses observations, une étude a été réalisée en 2012 (Dawson et al, 2012) pour montrer l'effet de l'application de l'ESDM sur les mécanismes neuronaux. L'activité EEG des enfants ayant bénéficié du programme de l'ESDM durant deux ans, est mesurée,

devant une tâche de reconnaissance d'objets ou de visage. Les chercheurs montrent alors que l'activation corticale de ces enfants est similaire à celle des enfants au développement typique. Il est donc conclut que l'application de l'ESDM auprès des jeunes enfants avec autisme, améliore certains mécanismes neuronaux responsables des comportements adaptatifs.

L'application de l'ESDM semble avoir des effets positifs sur l'évolution de la trajectoire développementale de l'enfant avec autisme. On note des améliorations dans les différents domaines développementaux, favorisant une meilleure qualité de vie.

Enfin il est montré que plusieurs modalités d'application efficaces sont possibles. Par exemple il est démontré que l'application de ce modèle était aussi efficace en groupe (Eapen et al, 2013), s'il est pratiqué de manière intensive (entre quinze et vingt heures).

Prise en charge intégrative : la thérapie d'échange et de développement au sein d'une prise en charge globale de l'enfant

(Blanc, et al, 2013)

2.2.1 présentation de la TED

La thérapie d'échange et de développement (TED) décrite pour la première fois par Lelord et Barthélémy en 1978 et développée dans le service pédopsychiatrique de l'hôpital de Tours, repose sur une approche neurofonctionnelle et développementale de l'autisme. Elle s'inscrit comme une prise en charge intégrative de l'enfant avec autisme car ses moyens sont inspirés de divers courants théoriques, qu'elle adapte à l'enfant, à son environnement, aux demandes de la famille et aux ressources des différents professionnels. La TED peut être définie comme une psychothérapie axée sur l'échange et le développement cognitif, affectif et émotionnel de l'enfant

2.2.2 les bases neurofonctionnelles et développementales

Cette intervention s'appuie sur une conception fonctionnelle et développementale de l'autisme, en se basant notamment sur les découvertes neurophysiologiques liées à cette pathologie. En effet les déficits caractéristiques de l'autisme sont expliqués comme étant la conséquence d'anomalies du fonctionnement de réseaux de neurones responsables de la communication sociale. La communication sociale est la capacité à interagir avec son environnement, de façon adaptée, dans un contexte social. Elle regroupe plusieurs fonctions comme par exemple l'attention conjointe, l'imitation, l'intention, la perception... La TED a pour objectif de rééduquer ces fonctions en se basant sur certains principes neurophysiologiques :

l'acquisition libre, la curiosité physiologique et la plasticité cérébrale (malléabilité des réseaux neuronaux, plus importante avant 4 ans).

De plus, au niveau fonctionnel, on observe des déficits des canaux de communication sociale. En effet les troubles de la communication sociale présents chez les personnes avec autisme sont dus à des anomalies des fonctions de décryptage des données transmises par autrui. On retrouve chez ces personnes des particularités : une exploration visuelle des visages humains inhabituelle (Hernandez et al, 2009, in Blanc, 2013) ; une moindre réactivité des neurones du système miroir (Dapretto et al, 2006, in Blanc, 2013) ; un déficit de la perception de la voix humaine (Gervais et al, 2004), et notamment des difficultés de différenciation entre la voix humaine et d'autres sons ; un défaut d'initiation des gestes (Cattaneo et al, 2007 ; Cossu et al 2012 ; in Blanc, 2013) ; un manque de synchronisation des différentes perceptions (Saint Georges et al, 2011).

La TED repose donc sur une analyse fonctionnelle des comportements de l'enfant, à partir notamment de ses éléments de connaissances. Elle a pour but de favoriser les ajustements de l'enfant, par une approche ludique, pour mettre en place des échanges réciproques et coordonnés

2.2.3 les principes généraux :

Les séances doivent se dérouler dans un climat de jeu partagé et de réussite, sans aucune contrainte d'apprentissage. Elles doivent aussi être prévisibles, en instaurant des routines, des repères sécurisants pour l'enfant. Les séances sont souvent bihebdomadaires et de courte durée (environ trente minutes chacune), durant lesquelles alternent activités ludiques soutenues et moments de détente. Elles sont encadrées par deux personnes, qui alternent entre le rôle d'observateur et celui de thérapeute.

L'intervention doit passer par l'évaluation fonctionnelle de l'enfant et la création d'un projet individualisé. L'évaluation fonctionnelle de l'enfant permet d'avoir un profil développemental détaillé de l'enfant, c'est-à-dire de savoir quels sont ses points forts, et quels sont les points encore fragiles, les compétences émergentes à consolider. L'évaluation porte sur l'examen : de la symptomatologie autistique (ECA-R), des troubles des fonctions psychophysiologiques, du fonctionnement cognitif, du langage ou des aptitudes socio-communicatives. Ces mesures du fonctionnement de l'enfant peuvent être complétées par des investigations neurophysiologiques. Cette évaluation permet aussi de connaître ce qu'apprécie l'enfant pour définir par la suite les activités ludiques qui lui seront proposées durant les séances.

Le projet thérapeutique personnalisé est construit à partir de l'ensemble de ces données, durant une réunion de synthèse regroupant toute l'équipe. Les dispositions éducatives et thérapeutiques élaborées sont régulièrement révisées suite à des réévaluations de l'enfant.

La TED repose sur les notions de curiosité physiologique et d'apprentissage libre. En effet il s'agit de mettre l'enfant dans les meilleures conditions possibles pour favoriser sa motivation à apprendre, et ses compétences. Cela passe par trois principes : la sérénité, la disponibilité du thérapeute, et la réciprocité. La sérénité repose sur l'instauration d'une ambiance sécurisante, pauvre en distracteurs. La salle est donc dépouillée de stimulations sensorielles. Les sollicitations faites à l'enfant sont les plus simples possibles, et sont soit orientées vers l'activité en cours soit elles sont orientées de façon à favoriser l'interaction entre l'enfant et le thérapeute. Le thérapeute quant à lui doit être entièrement disponible à l'enfant. Il guide ses initiatives vers l'échange, notamment par la sollicitation de son attention. La réciprocité est à valoriser, dans les échanges, en alternant les regards, les gestes, les actions au cours du jeu, pour renforcer la communication. Cela passe notamment par la multiplication des échanges et des moments d'imitation libre pour susciter « la résonance sociale ».

Par ailleurs l'enfant est accompagné par le thérapeute dans des petites activités ludiques, connues de l'enfant et adaptées à son niveau de développement. Les jeux proposés à l'enfant durant les séances sont définis en fonction de l'évaluation pluridisciplinaire. Ils ont pour but d'aider l'enfant à s'inscrire dans des séquences ludiques d'interactions sensorimotrices et socio-émotionnelles, pour favoriser les ajustements anticipés à autrui et la synchronisation. Le jeu permet, en enrichissant les initiatives de contact et d'échange de l'enfant avec l'adulte, d'exercer ses compétences émergentes et de rééduquer les domaines de développement altérés.

2.2.4 les objectifs et les effets de la TED sur le développement et le comportement des enfants atteints d'autisme

La TED s'associe à un programme global de prise en charge axé sur l'enfant et sa famille. Les buts de l'association de ces interventions sont d'homogénéiser le développement psychologique de l'enfant, et de permettre l'installation de compétences émergentes et de fonctionnements pivots, afin d'améliorer l'adaptation socio-émotionnelle de l'enfant dans son milieu, et d'améliorer son intégration au sein de la société.

Une étude prospective a été réalisée pour montrer les effets de la TED sur le développement des enfants avec autisme, mais aussi pour son influence sur l'expression de la pathologie. L'étude concerne 35 enfants entre 2 ans et demi et 7 ans 2 mois, pris en charge en hôpital de jour, bénéficiant de soins pluridisciplinaires et de séance de TED plusieurs fois

par jour. Ceci sur une période de 9 mois. Une évaluation initiale est menée, puis une réévaluation à lieu à la fin de cette période. Cette réévaluation montre une amélioration notable des capacités : d'imitation, d'attention partagée, d'interaction, de régulation du comportement, de perception (évalués par la BECS). De plus l'évaluation régulière des symptômes autistiques (ECA-R) montre une diminution des troubles de la communication sociale. Les enfants acceptent mieux les nouveautés du milieu, et accordent mieux leur comportement. Ces témoignent des améliorations suite cette intervention, qui favorise le développement de l'enfant.

2.3 la place de la psychomotricité dans les programmes d'intervention précoce en autisme

Le psychomotricien est un acteur incontournable dans la prise en charge de l'enfant en bas âge et atteint d'autisme. Il vise à harmoniser le développement de l'enfant dans les domaines spécifiques à la psychomotricité (compétences sensori-motrices, comportements d'exploration, ajustements tonico-émotionnels et compétences cognitives). Or les interventions précoces ont pour but de favoriser les processus sensorimoteurs et émotionnels, afin de favoriser la communication, les apprentissages et l'homogénéisation du développement de l'enfant. C'est-à-dire de prévenir l'installation d'atypies dans le traitement de l'information, et les décalages développementaux associés. Les objectifs de ces interventions semblent donc être en adéquation avec le rôle du psychomotricien.

De plus ces interventions reposent sur certains processus neurophysiologiques comme la plasticité cérébrale. Cette plasticité, se définit comme la capacité des réseaux neuronaux à se moduler suivant les expériences que fait l'enfant. Elle semble plus importante avant quatre ans. En outre ces interventions, et notamment la thérapie d'échange et de développement, reposent sur la connaissance de l'altération de certains mécanismes cérébraux provoquant des déficits dans le développement de la sensorimotricité intentionnelle. L'entraînement de fonctions neurophysiologiques serait donc propice à l'installation des prérequis à l'échange et la communication, grâce notamment à la malléabilité cérébrale. Le jeu, le plaisir partagé, l'expérimentation sensorimotrice agréable sont les médiateurs de l'entraînement de ces fonctions altérées. Or ce sont des outils que le psychomotricien utilise souvent de manière intuitive.

Par ailleurs ces interventions mettent l'accent sur l'instauration d'une relation positive entre l'enfant et le thérapeute, pour favoriser l'élan vers la communication. C'est-à-dire de proposer à l'enfant un maximum d'expériences sensorimotrices, agréables et motivantes, dans un contexte social positif, afin de faire entrer l'enfant dans la communication et l'échange avec les autres. L'entrée dans la communication est possible si seulement certains prérequis sont

instaurés. Or les prémices de la communication sont sous tendus par des mécanismes sensori-moteurs et émotionnels. En d'autres termes le jeune avec autisme doit bénéficier d'une rééducation de la psychomotricité sociale (imitation, synchronisation motrice, communication non verbale, associée à un travail sur la régulation et le partage d'émotions.

Ces interventions semblent donc apporter une base théorique à la pratique intuitive du psychomotricien.

Elles apportent aussi une méthodologie et des outils de travail enrichissant la pratique psychomotrice. Les outils d'évaluation présents dans ces interventions peuvent être utilisés pour compléter l'observation du psychomotricien (curriculum de l'ESDM, échelle des comportements autistiques utilisée dans la TED). Ces outils permettent d'avoir un profil complet de l'enfant dans les différents domaines développementaux.

De plus elles permettent aussi de donner au psychomotricien une certaine rigueur méthodologique dans son travail. Par exemple il peut se saisir de la méthodologie de l'ESDM pour établir des objectifs de prise en charge concrets et réalisables à court terme, ainsi que la décomposition en différentes sous étapes, guidant l'apprentissage et facilitant l'observation de la progression de l'enfant.

La rééducation psychomotrice est un contexte propice à la mise en place d'interventions précoces qui privilégient les expériences sensorimotrices comme vecteurs de l'interaction et des prérequis à la communication.

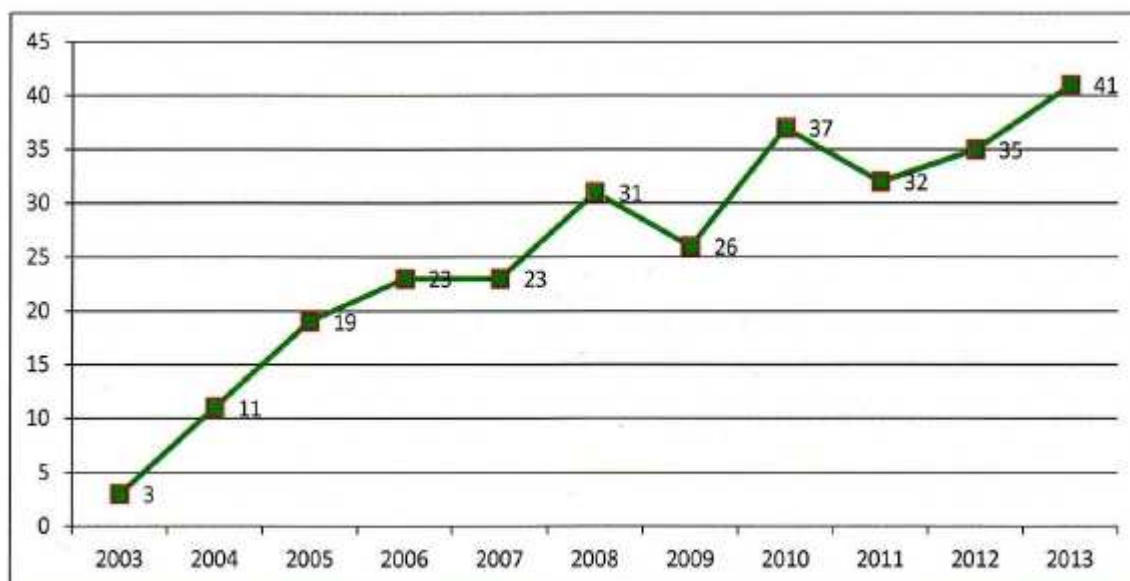
Ainsi le psychomotricien semble avoir une place légitime dans le projet de soin de l'enfant avec autisme. Néanmoins l'intervention psychomotrice auprès du jeune enfant autiste demande un engagement important du psychomotricien et de son corps. Il doit être disponible et sensible aux propositions de l'enfant, pour le renforcer et le soutenir. Il doit aussi maintenir un climat relationnel positif.

III. Illustration pratique en CAMSP :

Le CAMSP est une structure polyvalente qui accueille les enfants de 0 à 6 ans qui manifestent, ou qui sont susceptibles de présenter, des anomalies dans leur développement quelles qu'en soient leurs gravités et leurs natures (sensorielles, motrices, cognitives, psychiques). Les objectifs du CAMSP sont : le dépistage des déficits ou des handicaps, la prévention de leur aggravation, la rééducation (soins ambulatoires), l'accompagnement des familles, et le lien avec les écoles, les établissements spécialisés, l'aide à l'intégration dans les structures d'accueil de la petite enfance (crèche, halte-garderie, école maternelle).

Le CAMSP de Montauban, où j'ai effectué mon stage, a été créé en 2002. Il réunit une vingtaine de professionnels : l'équipe de soin (neuropédiatre, pédopsychiatre, psychomotriciennes, orthophonistes, kinésithérapeute, éducatrices, psychologues), mais aussi d'autres acteurs essentiels dans l'accueil et le suivi des familles (assistante sociale, secrétaires).

La prise en charge de l'enfant avec autisme nécessite de mobiliser une bonne partie de l'équipe de soin, car il est souvent nécessaire de mettre en place, dans un premier temps, une évaluation pluridisciplinaire complète. Puis lors de l'établissement de la réalisation du projet de soin, et sa réalisation. Depuis l'ouverture du CAMPS, on note que le nombre d'enfants avec autisme a significativement augmenté. Le graphique ci-dessous présente justement cette évolution :



La rééducation psychomotrice est souvent sollicitée dans le projet de prise en charge globale de l'enfant avec autisme.

[REDACTED]

A) Louis

1. présentation

[REDACTED]

1.1. Anamnèse :

[REDACTED]

1.2. Examen médical : 3ans 6mois

Alimentation/sommeil : Louis est autonome dans son alimentation, l'aspect des aliments est important pour lui, cela peut limiter sa prise alimentaire. Il dort bien. Il commence à se déshabiller seul.

Au niveau de la socialisation : Il joue avec son frère mais il a plutôt tendance à jouer seul. Il est intéressé par les puzzles, les livres musicaux, le toboggan, les voitures, la dînette. Il est scolarisé à temps complet avec cantine et sieste à l'école maternelle, sans auxiliaire de vie scolaire (AVS).

Comportement : C'est un enfant difficile à canaliser au cours de la consultation. Le comportement est très fluctuant, il peut être coléreux et capricieux selon ses parents. Il ne tient pas en place et teste les limites. Il est dans une fuite corporelle. Il ne participe à aucun jeu proposé sauf au graphisme. Il peut, lors de ses colères, se plaquer par terre, mais elles sont rapidement résolues.

Éléments cliniques : Il pèse 19 kg, son périmètre crânien est à 52 cm, la taille est difficile à prendre. Il n'y a pas de dysmorphie, l'examen cutané paraît normal.

Sur le plan sensoriel , Le suivi oculaire n'est pas systématique, on note des évitements du regard. On n'observe ni de strabisme ni de nystagmus. Il réagit aux bruits mais pas quand on l'appelle.

Les examens somatiques et neurologiques sont normaux.

1.3 l'évaluation pluridisciplinaire :

1.3.1 Bilan orthophonique :

Louis est suivi par une orthophoniste libérale depuis novembre 2012, 2 fois par semaine. Le bilan montre des difficultés d'échange dans le domaine verbal et non verbal. Les compétences sociales sont présentes mais rares et fragiles, notamment l'imitation motrice, le regard, le pointage, la poursuite du suivi visuel, l'attention conjointe. La compréhension est contextuelle. Le jeu symbolique n'est pas en place.

Il a babillé petit et ce babillage s'est transformé quand il a été opéré des oreilles et du frein de la langue. Il utilise une dizaine de mots/expressions au quotidien de manière appropriée mais il entre parfois dans des tirades incompréhensibles pour son interlocuteur. Pour communiquer avec son entourage, il prend par la main, montre avec sa main, va vers l'objet. Les parents comprennent leur enfant par ses comportements.

Au niveau du comportement c'est un enfant difficile à gérer, la parole de l'adulte ne le faisant que très peu réagir. Le dialogue n'est pas possible. Il peut se fermer et fuir du regard. Il ne semble pas être dans l'échange autant verbal que non verbal de prime abord. C'est quand l'enfant semble avoir pris des repères, que les gestes communicationnels se font plus fréquents et plus précis. De plus il est dans le plaisir de la répétition des onomatopées en lien avec une action. Le rire à deux est possible. Il utilise un jargon constant quand il joue seul ou avec l'autre. L'enfant ne peut pas répondre aux questions, ou y répond avec un temps de latence, en allant vers l'objet d'abord.

Un retard massif de langage oral est observable, sans aucun moyen de communication efficace pour exprimer la pensée.

1.3.2 Bilan psychologique :

Une ADOS a été réalisé en juin 2013.

Langage et communication : Louis s'exprime principalement par le biais de mots isolés avec apparition occasionnelle de petites phrases. Néanmoins le stock lexical reste peu étoffé et les productions langagières sont souvent stéréotypées. Nous notons une écholalie immédiate occasionnelle. Il présente également une tonalité de voix particulière (voix très haut perchée et prosodie répétitive). Nous n'observons pas de gestes à visée communicative. Il peut produire un langage plus spontané mais celui-ci reste très centré sur ses intérêts et ne s'inscrit pas dans une recherche de réciprocité. Le pointé du doigt n'a pas été observé. Louis ne peut pas s'inscrire dans la conversation avec son partenaire de communication.

Interactions sociales réciproques : Louis présente un contact oculaire labile, lorsque son regard croise celui de son partenaire, il ne lui est pas adressé (regard transfixiant). Il ne répond pas à l'appel de son prénom après plusieurs sollicitations verbales. Il ne dirige pas d'expression faciale vers l'examineur et ne s'inscrit pas dans une recherche d'interaction avec l'autre. Néanmoins un certain plaisir partagé a pu être observé lors d'activités présentant un vif intérêt pour lui (jeu de bulles, ballon de baudruche). Louis ne répond pas à l'attention conjointe mais a pu tenter de l'initier. Cependant son regard n'est pas coordonné à la vocalisation. Louis reste très centré sur ses propres manipulations et intérêts et ne fait pas d'ouvertures sociales, ses activités s'inscrivent souvent dans des routines (tendance à la ritualisation et à la répétition).

Il peut être dans l'évitement. Les sollicitations et les stimulations apparaissent alors comme intrusives pour lui, il cherche alors à s'isoler.

Jeu : Il présente un jeu fonctionnel avec les jouets mécaniques et de cause à effet. Ses jeux sont néanmoins stéréotypés et répétitifs. Une amorce de jeu de faire semblant a pu être observée sur imitation. L'accès au symbolique et à la représentation n'est pas encore possible.

Comportements stéréotypés et intérêts restreints : Il est dans la recherche de stimulations sensorielles. Les comportements stéréotypés et les intérêts restreints sont prégnants et envahissants. Sur le plan corporel, il se montre agité et toujours en mouvement. L'étyage verbal et une contenance physique peuvent l'aider à se poser sur une activité.

L'ensemble des éléments recueillis va dans le sens d'un trouble de la réciprocité socio-émotionnelle, à l'origine de troubles qualitatifs des interactions sociales et de la communication avec présence d'atypies comportementales. En conséquence le diagnostic d'autisme infantile au sens de la classification internationale des maladies (CIM 10) est retenu.

1.3.3 observations de l'éducatrice :

L'éducatrice a eu l'occasion de voir Louis dans différents lieux, au CAMSP et à son domicile (en septembre 2013).

Éléments rapportés par la maman et observations au domicile : Au niveau de l'alimentation, on note toujours la présence d'une sélectivité alimentaire. Louis sélectionne les aliments selon leur aspect et leur texture. Il est autonome durant les repas, il sait utiliser ses couverts. Au niveau des autres activités quotidiennes, il s'habille maintenant tout seul, sa maman lui fait sa toilette pour un gain de temps, mais il peut se laver tout seul.

Sur le plan de la communication, au niveau expressif, le langage est en émergence et la maman indique une amélioration des interactions suite au début de la prise en charge en orthophonie (novembre 2012).

A l'école l'enseignante a des difficultés à canaliser son agitation constante. Une demande d'AVS a été faite. A l'école comme au domicile il est souvent nécessaire de rappeler le cadre, pour que Louis respecte les règles et les interdits. Sa maman rapporte qu'il semble mieux percevoir les injonctions lorsque l'adulte hausse la voix.

Des aménagements ont été réalisés au domicile, les jeux ont été enlevés de sa chambre pour diminuer les stimulations visuelles, et favoriser son endormissement la nuit.

La maman exprime les difficultés de son fils à gérer ses frustrations et ses inquiétudes concernant son avenir (apprentissage scolaires, autonomie).

Louis investit beaucoup le dessin, c'est d'ailleurs une de ses activités favorites, qu'il réalise avec son grand frère. Néanmoins ses productions sont très stéréotypées et répétitives. Louis reproduit toujours les mêmes dessins, en prononçant les mêmes consignes verbales qui l'accompagnent (comme dans le dessin animé « didou dessine-moi »). Mais le dessin est un moyen pour Louis de se poser. Il joue souvent avec son frère qui l'aide beaucoup. Il apprécie aussi beaucoup les activités extérieures.

Observations au CAMSP :

Louis est dans l'opposition face aux propositions d'activités faites et aux consignes données. On note toutefois qu'il a de réelles compétences, au niveau du graphisme, et de sa motricité ainsi qu'une appétence à certains jeux. L'imitation est en émergence. Mais Louis a de grosses difficultés à gérer la frustration, et se met vite en colère dès qu'il est contrarié, ce qui rend l'évaluation de ses compétences très difficile.

Les parents de Louis sont en demande d'aide et de conseils pour aider Louis à contenir son agitation et sa labilité émotionnelle

1.4 le bilan psychomoteur :

septembre 2013 (4ans)

Louis vient accompagné de sa maman lors de la première rencontre, puis il est capable de venir seul. Les résultats obtenus aux tests sont à relativiser et peuvent être altérés par les difficultés ou le refus de participation de Louis à certaines épreuves.

1.4.1 VAIVRE DOURET

Développement locomoteur et posturo-moteur : Il présente un niveau de développement fonctionnel posturo-moteur hétérogène avec des compétences acquises de manière homogène jusqu'à 30 mois et certains items pouvant aller jusqu'à 42 mois.

Equilibre et coordinations : Louis maîtrise bien son équilibre dynamique et il a de bonnes coordinations dynamiques générales. L'imitation de nouvelles expériences motrices ou coordination est difficile. Il ne tient pas plus d'une seconde sur un pied. Il ne peut sautiller deux fois sur un pied. Ses mouvements sont précipités, et il ne prend pas toujours conscience de l'environnement et des objets qui l'entourent. Il peut réceptionner le ballon contre son buste mais le regard n'est pas fonctionnel et n'accompagne pas ses gestes. Il lance difficilement le ballon à l'adulte car il regarde sur le côté et envoie alors le ballon dans une direction opposée.

Préhensions, coordinations visuo-motrices : Niveau de développement = 46 mois

Il privilégie l'utilisation de la main droite dans les activités de motricité manuelle. Il ouvre et ferme une fermeture à glissière et peut boutonner/déboutonner un bouton, sur le cube d'activité, après démonstration. Il est capable de faire une tour de 12 cubes. Il peut également reproduire un train ou un petit escalier avec des cubes. Il encastre les 3 morceaux sur la planchette. Au niveau du graphisme, la tenue du crayon se fait pleine main à droite. Il investit beaucoup cette activité. Il peut compléter le dessin du bonhomme et place correctement les différents éléments. Il peut également reproduire des traits orientés, le rond fermé ou encore le carré. L'utilisation des ciseaux est laborieuse. Il le tient à 2 mains spontanément et parvient difficilement à viser la feuille. Il enfle les perles sur un fil avec aisance. Il a besoin d'aide pour réaliser des puzzles, et perd vite patience dans ce type d'activité. Il peut faire seul des puzzles de 2 à 4 images mais ne prend pas le temps d'organiser un puzzle de 6 pièces. Il montre de l'intérêt pour la pâte à modeler. Il peut imiter les actions et écouter les petits scénarii que je mets en place, mais reste en difficulté pour participer entièrement.

1.4.2 Rapport à l'espace, aux objets

Il prend plaisir à vivre des explorations motrices et corporelles variées. Toutefois ces dernières sont déstructurées et manquent de sens. Dans un cadre structuré à la table il peut

se poser plus facilement mais a besoin que les activités s'enchaînent rapidement. Les transitions sont difficiles à gérer et doivent être très rapides pour ne pas perdre son attention. Par ailleurs, il répond de manière fluctuante aux consignes. Il peut s'opposer, se lever ou se rouler par terre si on lui impose de rester assis.

Sur le plan sensoriel, il est très intéressé par les stimulations visuelles de type ombre, reflet dans la vitre ou dans le miroir. Il s'intéresse à son image spéculaire.

1.4.3 Rapport à soi à l'autre :

Il présente une bonne compréhension des consignes et peut répondre aux demandes de manière appropriée. Il peut interpeller l'autre par l'utilisation de phrases plutôt plaquées (avec une prosodie atypique et répétitive) mais qu'il peut utiliser au bon moment. Par moment un jargon est encore présent et reste inintelligible. A noter sur le plan corporel que son langage n'est pas accompagné des communications non verbales attendues.

La gestion émotionnelle est difficilement régulée avec par moments de grosses colères et une opposition, qui peuvent disparaître brutalement pour laisser place au plaisir et à la participation.

1.5 Synthèses et élaboration du projet thérapeutique personnalisé :

Suite à ces différentes évaluations une réunion de synthèse regroupant les différents professionnels concernés a été réalisée. Elle a permis de confronter l'avis de chaque membre de l'équipe, et de poser le diagnostic d'autisme. Les points forts et les fragilités de Louis ont aussi été abordés.

Ainsi plusieurs interventions ont été décidées : des séances encadrées par un binôme éducatrice-orthophoniste, une fois par semaine, pour donner à Louis un moyen fonctionnel de communiquer avec son entourage, par l'apprentissage du PECS, et ainsi l'aider à gérer ses frustrations. Les séances sont structurées pour que Louis puisse mieux se repérer dans les activités quotidiennes et ainsi mieux gérer l'attente. Un emploi du temps journalier avec des pictogrammes, est mis en place à la maison. Des interventions éducatives sont prévues à l'école et au domicile, pour aider à la généralisation des techniques employées en séance et apporter des pistes supplémentaires face aux comportements problématiques de Louis (labilité émotionnelle importante). La prise en charge en orthophonie est maintenue pour permettre à Louis de mettre en place les premiers raisonnements logiques, la compréhension et un moyen de communication approprié à lui et son entourage afin de lui permettre de communiquer et de mieux comprendre le monde qui l'entoure. La mise en place d'une intervention psychomotrice est aussi programmée, pour le soutenir dans son développement psychomoteur et travailler sur ses capacités attentionnelles.

Les objectifs de la prise en charge de Louis sont donc d'améliorer ses moyens de communication, pour favoriser les interactions verbales, et non verbales. Mais aussi d'optimiser ses capacités d'apprentissages, à l'aide d'un cadre structuré, défini et sécurisant, pour augmenter ses capacités attentionnelles et ainsi soutenir son développement (cognitif, sensori-moteur, communicationnel, relationnel).

Les parents de Louis, sont en accord avec ce projet et semblent investis dans la prise en charge de leur fils, ils ont organisé leurs temps de travail, pour pouvoir amener Louis aux différentes séances. Ils sont prêts à réaliser des formations supplémentaires pour mieux comprendre leur fils, et interagir avec lui de façon plus appropriée.

Le projet initial, a été modifié au mois de janvier, suite à une coordination de l'équipe de soin, demandée par ses parents. L'arrêt des séances avec le binôme orthophoniste/éducatrice a été décidé, pour privilégier une prise en charge plus intensive en orthophonie en libéral pour l'établissement du PECS. L'intégration de Louis au sein d'un groupe encadré par une psychomotricienne et une psychologue, avec le maintien de la prise en charge individuelle en psychomotricité est proposée, pour favoriser sa socialisation parmi ses pairs.

2. La prise en charge individuelle en psychomotricité

2.1. Les objectifs et les axes de travail

La prise en charge de Louis en psychomotricité vise plusieurs objectifs, déterminés suite à l'analyse de l'examen psychomoteur. Les objectifs visent à permettre à Louis de pouvoir mobiliser son attention dans les situations d'apprentissage, en diminuant son agitation psychomotrice, et en augmentant ses capacités à se concentrer, sur les activités proposées à la table notamment ; Mais aussi d'assouplir ses rigidités comportementales et sa labilité émotionnelle, qui entravent la communication et la relation avec autrui. Les séances de psychomotricité visent également à favoriser les interactions duelles. Enfin cette prise en charge est aussi proposée dans le but de soutenir le développement de ses coordinations générales.

La prise en charge psychomotrice s'inscrit dans le respect du projet d'intervention global de Louis, et propose un cadre structuré, utilisant des éléments mis en place dans d'autres interventions.

Au cours des séances, différents éléments sont travaillés pour permettre d'arriver à la réalisation des objectifs établis, ou du moins s'en approcher.

Ainsi pour permettre à Louis de mieux canaliser son attention sur les activités qui lui sont proposées, plusieurs choses sont mises en place et notamment la structuration des séances.

L'espace est organisé, chaque endroit correspond à un type d'activité proposée : la petite table, face au tableau, isolée des stimulations qui peuvent être sources de distraction, pour les activités graphiques, de manipulation manuelle, et les petits jeux cognitifs, le tapis devant le miroir (caché par des rideaux), pour les parcours moteurs, les cerceaux pour les échanges de balle, ou les exercices d'imitation... Cette structuration de l'espace, en plus de lui permettre une meilleure mobilisation de ses capacités attentionnelles, permet à Louis de se repérer et d'identifier les différents temps de la séance. Par ailleurs, d'autres éléments sont mis en place pour renforcer la prévisibilité de la séance, la compréhension du déroulement des séances et matérialiser la notion de temps. Une frise chronologique, composée de différentes images représentant les activités prévues durant la séance, est à la disposition de Louis. L'enchaînement des activités à la table est aussi mis en évidence par l'utilisation de boîtes, contenant chacune une activité (le principe d'utilisation de ces boîtes est décrit dans le paragraphe suivant). De plus l'utilisation du Time-Timer ® permet une meilleure compréhension du temps de l'activité, notamment dans les activités où son attention est très mobilisée.

Par ailleurs les interactions sont favorisées par instauration de petits scénarii et de jeux de faire semblant, notamment dans les productions manuelles (pâte à modeler, dessins, découpage...). Les demandes d'aides et d'objets sont aussi travaillées en parallèle par l'échange d'images, pour appuyer le sens du mot, mais aussi par la répétition des situations où la demande est nécessaire pour continuer l'activité (par exemple demander une perle supplémentaire pour continuer à réaliser un collier).

De plus un travail est réalisé pour assouplir ses rigidités comportementales. En effet les intérêts de Louis sont assez restreints, et il présente des comportements très stéréotypés. Ceci est observable dans les activités de dessin. Il investit beaucoup le graphisme et présente beaucoup de compétences dans ce domaine, mais cette activité est réalisée de manière stéréotypée, presque de manière ritualisée. Louis dessine toujours les mêmes dessins, en jargonnant et en émettant toujours les mêmes phrases (« je dessine une tête carrée, un chapeau sur sa tête, un gros nez ...et voilà un pirate... »). En fait, il répète les phrases qu'il a entendu dans un dessin animé destiné aux enfants et qui montre comment dessiner différents personnages (perroquet, pirate, voiture, poisson). En séance, le graphisme sera abordé de différentes manières, par le biais de différentes activités (dessin libre, reproduction de figure, découpage et collage), de différents supports (feuilles de différentes tailles, tableau au mur, ardoise) et matériaux (craie, peinture, Play maïs ®,...) pour qu'il puisse diversifier ses activités sur le papier et réaliser des productions plus diversifiées

2.2. Déroulement des séances

Les séances se déroulent selon différents temps, présentés à Louis selon un ordre immuable. Une fois arrivé dans la salle, il s'installe à la table. En général, trois activités différentes lui sont proposées sur cette table, dans un ordre défini, pour une durée d'environ quinze minutes (allongement du temps progressivement). En effet, sur cette table il trouve une frise chronologique présentant les activités prévues durant la séance et trois boîtes placées à sa gauche. Chaque boîte contient une activité. Il est sollicité pour regarder cette frise. Il commence par faire l'activité présente dans la première boîte qui est le plus près de lui. Lorsque l'activité est terminée, il range les éléments de cette activité dans une grosse boîte et il enlève l'image correspondante sur la frise qui est ensuite rangée dans une enveloppe. L'activité est terminée, il peut passer à la suivante. Les tâches proposées sont variées, en alternant entre petits jeux cognitifs (puzzles, mémoire, association d'images avec exploration visuelle), graphisme (activités décrites précédemment), de manipulation et de coordination manuelle (perles de différentes tailles, jeu de construction de cubes ou de Légo...). Le Time-Timer® est utilisé pour définir la durée de chaque activité (moins de cinq minutes) dans un premier temps, puis seulement pour les activités les plus difficiles pour Louis. Au cours de ces activités Louis peut être sollicité pour faire des demandes (de matériel notamment) par l'utilisation d'échange d'image.

Ensuite un temps d'activités motrices lui est proposé. Elles sont souvent organisées sous forme de parcours, où Louis grimpe sur les mousses, saute dans les cerceaux, monte sur la poutre (banc), escalade l'espalier... Le début et la fin du parcours sont indicés par des cerceaux où des foulards (attachés à l'espalier). Le parcours est construit avec la participation de Louis. Au cours des séances le parcours sera déjà installé avant l'entrée de Louis dans la salle, pour un gain de temps. Le parcours est d'abord présenté à Louis, assis sur une chaise, par une démonstration. Puis Louis refait plusieurs fois le parcours, sans tour de rôle. Au fur et à mesure des séances, le tour de rôle est mis en place avec l'adulte, qu'il accepte sans difficultés. D'autres activités peuvent être proposées à la place du parcours, comme l'échange de balle (chacun assis sur une chaise à l'intérieur d'un cerceau, dans un premier temps, puis debout dans le cerceau), des activités d'imitation de coordinations (imitation de déplacements d'animaux, ou d'actions simples comme tourner sur soi-même, sauter...), de détente avec le gros ballon...

Enfin la séance se termine par remettre les chaussures. Il est ensuite raccompagné dans la salle d'attente par l'adulte, qui décrit les activités proposées ainsi que la participation de Louis au cours de la séance.

ANNEXE N°9 : Illustrations photographique de la prise en charge de Louis

2.3. évolution de Louis

2.3.1 Re-test :

La réévaluation de Louis a été réalisée, après les vacances d'hiver, vers le mois de mars. Cette réévaluation avait pour but d'apporter des éléments supplémentaires sur les compétences de Louis dans le domaine de la psychomotricité, notamment par la passation de tests standardisés adaptés à sa tranche d'âge. Or une seule séance de réévaluation a pu être effectuée, en raison de l'arrêt brutal, dès la séance suivante de la prise en charge individuelle de Louis au CAMSP. Cet arrêt a été décidé par la maman de Louis. Le suivi de Louis sera assuré en libéral, chez une psychomotricienne qui se situe plus près de leur domicile, dès le mois de mai. Cette décision a aussi été prise pour préparer l'orientation de Louis. Le libéral est proposé en attendant l'entrée dans un SESSAD section autisme.

De plus, lors de cette séance, la participation de Louis aux différents tests n'a pas été optimale. Il a refusé la plupart des situations proposées. Cette réévaluation n'a pas forcément été proposée au meilleur moment, car durant les vacances il a réalisé un bilan neuropsychologique (quatre séances de trois quarts d'heure).

Développement moteur :

Coordinations dynamiques générales, équilibre statique et dynamique :

- Niveau posturo-moteur et locomoteur selon le Vaivre Douret.

Louis réussit tous les items sauf le dernier qui est de tenir cinq secondes sur un pied sans aide. Or Louis arrive à tenir seulement trois secondes sur son pied droit et deux secondes sur son pied gauche. De plus il a de grosses difficultés à stabiliser son équilibre dans cette situation. Le haut de son corps oscille beaucoup, les mouvements de ses bras sont exagérés et peu adaptés, la jambe levée n'est pas maintenue en flexion (il la bouge beaucoup). Le pied d'appui est lui aussi peu stabilisé (beaucoup de mouvements de co-contraction).

- Epreuves d'équilibre dynamique du MABC en situation non standardisée (abordées sous forme d'un parcours) : On observe que Louis est capable de sauter au-dessus d'une corde les deux pieds en même temps, et de réceptionner pieds joints. Il peut aussi se hisser sur la pointe des pieds et marcher ainsi, mais il ne respecte pas la consigne de marcher sur la ligne. Son équilibre lors de ces activités semble plus maîtrisé.
- Observations cliniques : On constate que Louis est capable de sauter d'une hauteur, vers l'avant, les pieds joints (d'un cerceau à un autre), et de sauter sur place sur un pied. Mais ses réalisations sont fluctuantes, ses coordinations sont encore instables, et demandent à être renforcées. Marcher sur une poutre étroite, sur les différentes mousses, monter et

descendre de l'espalier, faire la roulade et se déplacer au sol (ramper) ne semble pas lui poser soucis. Il semble mieux maîtriser son corps, il ralentit son déplacement lorsque le parcours se complique (moins de précipitation, et meilleure évaluation des dangers) et il est capable de demander de l'aide face à ses difficultés. Cependant sa participation, et ses performances restent très variables. Elles semblent parasitées par son état émotionnel, entre autre. En effet, on remarque une hypotonie importante lorsque Louis à l'air contrarié ou semble être fatigué. Dans ces cas-là il lui est difficile de rester debout, il recherche le contact avec le sol, s'allonge par terre, sur le banc ou sur les mousses. Il est très difficile de le relever car son corps est entièrement hypotonique (« corps tout mou »).

Coordinations oculomotrices et motricité fine :

- Niveau de préhension coordination visuo-manuelle du Vaivre Douret : Louis réussit tous les items. Cependant on constate quand même que l'item « montre du doigt (index) ce qu'il désire » est encore fragile. Il ne le fait pas de façon systématique, et peut utiliser un autre doigt que l'index, voire toute sa main lorsqu'il désigne un objet. De même il peut habiller une poupée, mais porte peu d'intérêt à cette tâche.
- Précision visuomotrice de la NEPSY : Louis réalise les deux parcours correspondant à sa tranche d'âge très rapidement, d'un seul geste sans lever le crayon de la feuille. Son tracer est peu précis, il ne ralentit pas son geste pour respecter les consignes, il sort du parcours à de nombreuses reprises et notamment au début et à la fin des virages.
- Les cubes de la NEPSY : Louis refuse de réaliser les différents modèles de construction qui lui sont proposés. Il ajoute des cubes aux modèles, ou les fait tomber, préfère faire une tour de cubes, pour ensuite la faire tomber elle aussi. On note toutefois que Louis est capable de réaliser une grande tour de cubes (d'environ douze cubes). Il saisit les cubes majoritairement avec sa main droite, à l'aide d'une prise tripodique (pouce/index/majeur) ou à l'aide de la pince pouce/index. Il ajuste sa construction au fur et à mesure à l'aide de ses deux mains. Il est aussi capable de réaliser spontanément un pont, ou un petit train. Mais il refuse de le faire sur demande.
- Maîtrise de balle du MABC Louis réussit à attraper quatre fois le sac lesté sur les dix essais. Il est difficile pour Louis d'enchaîner les essais. Il ne reste pas à sa place et s'allonge par terre. De plus on remarque qu'il est difficile pour lui de maintenir son regard sur le sac et qu'il a tendance à l'attraper contre son corps. Louis ne semble pas anticiper la trajectoire de sac. Il n'ajuste pas la position de son corps et reste assez figé. On constate aussi qu'il a des difficultés pour lancer le sac aussi. Il ne vise pas, ne regarde pas la personne à qui

il envoie, et peut lancer de façon particulière (par-dessus sa tête en tendant son bras vers le haut).

Il réussit à mettre la balle entre les buts en la faisant rouler à trois reprises. Il installe correctement derrière la ligne, s'applique pour faire rouler la balle, mais ne vise pas. De plus son lancer est souvent soit trop faible, soit trop fort.

- Observations cliniques : Au niveau des coordinations manuelles, Louis arrive très bien à enfiler des petites perles sur un fil, l'organisation de l'action est acquise, il attrape les perles de sa main droite par la petite pince (pouce/index) et tient le fil de la main gauche. Il s'applique sur cette tâche qu'il semble apprécier. L'utilisation des ciseaux, laborieuse au début s'est améliorée, sa prise est meilleure, mais il faut encore travailler sur le geste, et notamment sur l'ouverture des ciseaux. Sinon Louis est capable de suivre le trait lorsqu'il découpe.

Au niveau du graphisme, il a de très bonnes compétences. La prise du stylo est adaptée, et stable. Il sait faire des ronds, des carrés, des triangles, des rectangles, des croix... et bien d'autres formes. La production de lettres est encore peu investie, il ne recherche pas à écrire son prénom (même si on lui fait un modèle).

Capacités attentionnelles :

- Attention visuelle de la NEPSY : Après la présentation des consignes, et une démonstration, Louis commence à barrer 3 lapins puis barre un chat. Je lui rappelle donc verbalement la consigne, Louis refuse de continuer la tâche. Il lâche son feutre, pleurniche et pose la tête sur la table. Je le sollicite plusieurs fois pour qu'il reprenne l'activité, mais cela augmente son refus, il s'allonge sur mes genoux et cherche le câlin. J'abandonne donc le test, et lui propose de se lever, pour aller faire le parcours. Il se relève, il ne boude plus, il est même très content...

2.3.2 Bilan neuropsychologique :

Louis, a bénéficié d'un bilan neuropsychologique au mois de mars. Il est alors âgé de 4 ans 6 mois. Ce bilan s'inscrit dans une démarche d'évaluation de son développement. Les tests utilisés sont le SON-R, qui permet d'apprécier les performances cognitives et le raisonnement, indépendamment des compétences langagières de l'enfant, et le PEP-3, qui fournit des informations sur les niveaux de compétences développementales.

Le SON-R : Scores :

♣ SON-performance = 94

♣ SON-raisonnement = 83

♣ SON-QI= 87

Les scores obtenus au SON-R montrent de meilleures compétences dans les items de performances que de ceux de raisonnement. On peut noter que son point fort concerne les puzzles, alors que les items de mosaïques et de catégories représentent son point faible. Dans l'ensemble le test met en évidence un fonctionnement intellectuel dans la moyenne des enfants de son âge. Certains résultats sont à nuancer par ses compétences attentionnelles et un certain manque de coopération qui entravent l'observation de ses compétences.

PEP-3 : Le test met en évidence un profil de développement hétérogène. Les points faibles de Louis sont la communication expressive et la communication réceptive. Ses points forts sont la cognition verbale/préverbale, l'imitation oculomotrice et la motricité fine.

Dans l'ensemble avec une pédagogie adaptée et un cadre structuré Louis montre de bonnes capacités d'apprentissage. Il présente de nombreuses émergences qui traduisent un réel potentiel évolutif à court terme qu'il faut exploiter.

La neuropsychologue émet l'hypothèse d'un profil TDA/H (trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité).

3. Prise en charge en groupe psycho-psychomotricité :

3.1 présentation du groupe « Toi, Moi, Nous » :

Ce groupe est constitué de deux autres enfants, eux aussi atteints d'autisme. Il est encadré par une psychomotricienne et une psychologue. Ce groupe permet de travailler sur la relation et les interactions avec les pairs.

3.1.1 objectifs du groupe :

Ce groupe vise : à enrichir et soutenir les compétences cognitives et motrices des enfants, mais aussi à favoriser les interactions, la communication, le soutien de l'attention conjointe, du tour de rôle et du partage durant les jeux. Le travail en groupe permet aussi de travailler sur la gestion des émotions, l'ajustement des réponses émotionnelles. Enfin le groupe permet aussi de travailler l'autonomie dans les activités comme il est souvent demandé à l'école.

3.1.2 objectifs spécifiques pour Raphaël

Le groupe est proposé à Louis dans le but de favoriser les interactions sociales avec ses pairs, qui peuvent être difficiles, notamment à l'école. Dans un premier temps cela passe par essayer de faire prendre conscience à Louis de la présence des autres et de ce qu'ils font, lors des activités seuls (chacun fait un puzzle d'animaux, et lui demande de regarder quel

animal on fait les autres). Puis dans un second temps l'amener à jouer avec les autres, en faisant des activités avec tour de rôle à la table (petits jeux de société, jeux cognitifs) ou durant le temps moteur (parcours avec relais). Mais aussi l'amener à faire avec, et en même temps que les autres par des productions à la table (graphisme, pâte à modeler...) ou des jeux moteurs (jeu d'imitation motrice, jeu de ballon...)

Le groupe a aussi pour but d'améliorer la gestion de ses émotions, et estomper l'effet d' « ascenseur émotionnel », qui parasite beaucoup Louis. Il s'agit d'apporter à Louis les moyens de gérer son instabilité émotionnelle, et de nuancer ses réactions face à la frustration par l'entraînement aux habiletés sociales, afin de prévenir l'apparition des colères. Ce travail nécessite d'apprendre à Louis à identifier ses propres émotions et sentiments, l'aider à mettre des mots sur ce qu'il ressent, mais aussi l'aider à décoder et identifier les émotions d'autrui, en passant par le jeu symbolique, des comptines, des petites histoires...

De plus le groupe est aussi un moyen pour travailler sur la généralisation des apprentissages faits lors de la prise en charge individuelle. Les mêmes activités lui sont proposées, dans un contexte différent, et entouré d'autres personnes.

3.1.3 modalités d'accueil et déroulement des séances

Le groupe a lieu une fois par semaine sur une séance de quarante-cinq minutes. La séance est découpée en plusieurs temps. Elle débute par un temps d'accueil, dès leur arrivée dans la salle les enfants sont incités à consulter l'emploi du temps visuel collectif où sont indiquées les différentes activités prévues présentées par des photos.

S'en suit un temps à la table, où des petites activités cognitives et structurées, à faire en individuel et en autonomie, leurs sont proposées.

Ensuite toujours à la table, un temps collectif est prévu, les enfants se regroupent autour d'un jeu de tour de rôle (soutien de l'attention conjointe et travail de la demande).

La séance se finit par un temps sensori-moteur, dans l'optique de favoriser les explorations, les expérimentations agréables et le plaisir partagé. Du matériel sensoriel varié (instruments de musique, tissus, planches de stimulation tactile...) est mis à leur disposition. Des activités motrices comme des petits parcours structurés, des échanges de balles, ou des situations d'imitation leurs sont proposés

3.2 L'entrée de Louis dans ce groupe :

La description de l'intégration de Louis au sein du groupe est présentée sous la forme d'une grille d'observation synthétisant les trois premières séances auxquelles il a participé. Trois axes sont observés au cours des différents temps de la séance :

- Le maintien de son attention, la participation aux activités et son comportement.
- Le domaine de la communication : sa capacité à initier la communication, à s'exprimer, verbalement et par des communications non verbales

La relation avec ses pairs : comment il établit le contact, s'il existe des échanges et des interactions avec les autres

Grille d'observation n°1 : Les premiers pas de Louis dans le groupe

Outils d'évaluation diagnostic	description	Qualités métriques	
<u>ADI-R</u> : <i>autism Diagnosis interview revised</i>	<p><u>Auteurs</u> : C.Lord, M.Rutter et A.Lecouteur en 1994 Et traduit en français par B.Rogé</p> <ul style="list-style-type: none"> • guide d'entretien semi-structuré avec les parents : recueil d'informations sur les comportements de l'enfant • Durée de 2 heures environ • Référence : CIM 10 ou DSM-IV-TR • A associer à l'ADOS-G • Formation et entrainement spécifique de l'examineur • à partir de 3ans 	<ul style="list-style-type: none"> - sensible - spécifique - discriminatif du retard mental et des troubles spécifiques du langage (4-5 ans) 	
<u>ADOS-G</u> : <i>autism diagnostic observation schedule-generic</i>	<p><u>Auteur</u> : C.Lord et al 1989 Traduit et validé par B.Rogé</p> <ul style="list-style-type: none"> • = outil d'observation semi structuré composé de 4 modules, choisis en fonction du niveau de langage et de développement de la personne : Module 1= pour les enfants peu verbaux ou non verbaux Modules 2 et 3 = niveaux intermédiaires Module 4= pour les adolescents et les adultes avec un niveau de langage élaboré. • Durée entre 30 et 40 min • Références : CIM 10 ou DSM-IV-TR (recueil d'informations relatives aux critères diagnostiques) • A partir de 2ans* 	<ul style="list-style-type: none"> - Bonnes qualités métriques - Discriminatif des TLSO 	
<u>CARS</u> : <i>chilhood autism rating scale</i>	<p><u>Auteurs</u> : E.Scholper et al 1980 Traduite et adaptée en français par B.Rogé</p> <ul style="list-style-type: none"> • = échelle diagnostic • Permet d'apprécier le degré de sévérité des troubles autistiques • Observation de la personne dans la vie quotidienne • 14 domaines observés (habituellement perturbés à des niveaux variables dans l'autisme) • Chaque item est noté de 1 (score normal) à 4 (sévérité maximale) • A partir de 2ans* 	<ul style="list-style-type: none"> - Sensible - Manque de spécificité car sensible au retard mental (sur-inclusion) 	
	<p>Attention Participation à l'activité Comportement</p>	<p>Expressivité Communication verbale Communication non verbale</p>	<p>Relation aux pairs</p>

	concentration et son attention tout au long de l'activité	♣ Prosodie particulière	♣ A tendance à taper à faire fort ♣ Position particulière de la main
--	---	-------------------------	---

3.3 L'évolution de Louis au sein de ce groupe :

La grille d'observation utilisée pour synthétiser les trois premières séances de Louis au sein du groupe, est réutilisée pour cette fois-ci montrer l'évolution de son intégration. Les trois axes d'observation sont conservés, pour faire une synthèse des trois dernières séances de groupe, ayant eu lieu à l'heure actuelle.

Grille d'observation n°2 : l'évolution de Louis au sein du groupe

Outils d'évaluation diagnostic	description	Qualités métriques
<u>ADI-R</u> : <i>autism Diagnosis interview revised</i>	<p><u>Auteurs</u> : C.Lord, M.Rutter et A.Lecouteur en 1994 Et traduit en français par B.Rogé</p> <ul style="list-style-type: none"> • guide d'entretien semi-structuré avec les parents : recueil d'informations sur les comportements de l'enfant • Durée de 2 heures environ • Référence : CIM 10 ou DSM-IV-TR • A associer à l'ADOS-G • Formation et entrainement spécifique de l'examinateur • à partir de 3ans 	<ul style="list-style-type: none"> - sensible - spécifique - discriminatif du retard mental et des troubles spécifiques du langage (4-5 ans)
<u>ADOS-G</u> : <i>autism diagnostic observation schedule-generic</i>	<p><u>Auteur</u> : C.Lord et al 1989 Traduit et validé par B.Rogé</p> <ul style="list-style-type: none"> • = outil d'observation semi structuré composé de 4 modules, choisis en fonction du niveau de langage et de développement de la personne : <p>Module 1= pour les enfants peu verbaux ou non verbaux Modules 2 et 3 = niveaux intermédiaires Module 4= pour les adolescents et les adultes avec un niveau de langage élaboré.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durée entre 30 et 40 min • Références : CIM 10 ou DSM-IV-TR (recueil d'informations relatives aux critères diagnostiques) • A partir de 2ans* 	<ul style="list-style-type: none"> - Bonnes qualités métriques - Discriminatif des TLSO
<u>CARS</u> : <i>childhood autism rating scale</i>	<p><u>Auteurs</u> : E.Scholper et al 1980 Traduite et adaptée en français par B.Rogé</p> <ul style="list-style-type: none"> • = échelle diagnostic • Permet d'apprécier le degré de sévérité des troubles autistiques • Observation de la personne dans la vie quotidienne • 14 domaines observés (habituellement perturbés à des niveaux variables dans l'autisme) • Chaque item est noté de 1 (score normal) à 4 (sévérité maximale) • A partir de 2ans* 	<ul style="list-style-type: none"> - Sensible - Manque de spécificité car sensible au retard mental (sur-inclusion)

Outils d'évaluation diagnostic	description	Qualités métriques
<u>ADI-R</u> : <i>autism Diagnosis interview revised</i>	<u>Auteurs</u> : C.Lord, M.Rutter et A.Lecouteur en 1994 Et traduit en français par B.Rogé <ul style="list-style-type: none"> • guide d'entretien semi-structuré avec les parents : recueil d'informations sur les comportements de l'enfant • Durée de 2 heures environ • Référence : CIM 10 ou DSM-IV-TR • A associer à l'ADOS-G • Formation et entraînement spécifique de l'examineur • à partir de 3ans 	- sensible - spécifique - discriminatif du retard mental et des troubles spécifiques du langage (4-5 ans)
ADOS-G	<u>Auteur</u> : C.Lord et al 1989 Traduit et validé par B.Rogé	- Bonnes qualités métriques

B) Noah

1. présentation de Noah

[REDACTED]

[REDACTED]

1.1 Anamnèse :

[REDACTED]

[REDACTED]

1.2 Examen pédiatrique :

Poids : 13kg (moyenne) ; taille : 92,5 cm (+0.5DS) ; périmètre crânien : 50 (+1DS)

L'examen somatique est normal, mais il met en évidence une forte agitation motrice. Noah bouge beaucoup, sans but apparent et avec une certaine maladresse (fond d'hypotonie). Ses regards sont rares, et brefs. Le suivi oculaire est correct, sans strabisme ni nystagmus. Néanmoins il semble éviter le contact oculaire. Il ne répond pas à l'appel de son prénom.

Aucun mot n'est prononcé par Noah durant la séance, il jargonne et chantonne de manière non adressée. Le jeu est pauvre, il est peu dans l'échange et l'imitation est fluctuante. De plus Noah peut se mettre en colère suite à une situation de frustration. Il a des difficultés à respecter le non.

Acquisitions à 2 ans et demi : Au niveau de l'autonomie, Noah est capable de manger seul. Il ne boit pas encore au verre (biberon). Au niveau du sommeil, Noah a des difficultés pour s'endormir, il reste longtemps éveillé dans son lit. La propreté n'est pas encore acquise. Et il ne s'habille pas encore seul. Au niveau de sa motricité, il court, chute peu, monte les escaliers, shoote dans un ballon. Au niveau du langage il dit quelques mots, mais présente aussi des écholalies immédiates et un jargon. Il prend la main de l'adulte pour indiquer ce qu'il veut.

Un bilan auditif fait en janvier [REDACTED] ne montre pas de déficit auditif

1.3 Evaluation pluridisciplinaire

1.3.1 Bilan orthophonique :

Age au moment du bilan : 2 ans et 9 mois

Epreuves issues du Diagoloris :

Les compétences socles : le tour de rôle, le demande d'objet, l'attention conjointe, l'élan à l'interaction, le faire semblant, l'imitation verbale et sonore sont en émergence. L'attention est très labile et l'élan à l'interaction reste faible.

Utilisation spontanée de gestes à visée communicative : Noah fait certains gestes comme applaudir pour dire bravo, dire au revoir en agitant la main, ou en faisant des bisous, et il prend la main de l'adulte pour obtenir quelque chose.

Compréhension du langage oral : Noah ne répond pas toujours à l'appel de son prénom. Un étayage gestuel des consignes verbales même simples est nécessaire pour aider à la compréhension. L'utilisation de geste Makaton et la répétition des consignes lui permettent de faire ce qui lui est demandé.

Expression verbale : Noah jargonne, en s'adressant à sa maman ou lorsqu'il joue seul. On observe l'ébauche de certains mots.

Comportement : Noah est très agité, notamment face à la difficulté. Mais il peut se poser lorsqu'il manipule des objets. Il cherche aussi à tester le cadre pour attirer l'attention de l'adulte.

1.3.2 Observations de l'éducatrice :

Informations données par la maman : Noah n'a pas peur de grimper partout pour attraper un objet. Il peut se mettre en danger, surtout au domicile, moins à l'extérieur. Il écoute plus

facilement son papa. Il peut désigner ce qu'il désire à sa maman, lui montre. Il se met en colère lorsqu'il est frustré de ne pas arriver à faire quelque chose ou quand on s'oppose à lui.

Observations au CAMSP : Avec un étayage supplémentaire, Noah peut rester longtemps à faire de petites activités assis à la table. Il peut sortir de la table pour ramasser un objet ou aller chercher un élément, et revient de lui-même à la table. Il a aussi pris beaucoup de plaisir à utiliser les instruments de musique, et puis à s'inscrire dans un échange, chacun joue d'un instrument à tour de rôle. Il apprécie aussi beaucoup les bulles. Il montre son plaisir, sourit et échange de nombreux regards. Il peut aussi demander à refaire les bulles en utilisant le pictogramme correspondant. Il se saisit des démonstrations et peut imiter. L'attention conjointe est fluctuante. La séparation avec la maman n'a pas été possible lors des deux rendez-vous. Il ne répond pas à l'appel de son prénom.

Noah est un petit garçon qui montre des compétences sur le plan de l'imitation, et sur le plan cognitif. Il a besoin de démonstration. Il peut demander avec les pictogrammes. Il prend du plaisir dans certaines activités et alors le regard est présent, et apparaissent des sons et du jargon. L'attention conjointe est fluctuante, ainsi que le regard. Il montre parfois de l'impulsivité

1.3.3 Bilan psychologique

Noah présente au premier abord des difficultés relationnelles et de communication, ainsi qu'une importante agitation psychomotrice. Cette agitation semble diminuée au fur et à mesure qu'il se familiarise avec les personnes et les lieux. Sa disponibilité s'améliore. En revanche les difficultés langagières persistent, sur les 2 versants qui parasitent son comportement et son adaptation. Dans ses activités il reste principalement intéressé par des activités de manipulation mais il est capable d'enrichir et de développer d'autres compétences.

ADOS :

Langage et communication (score de 10, seuil autisme à 4 et TSA à 2): Noah s'exprime par le biais de mots isolés et un jargon non adressé. Il commente ainsi ses propres actions, avec une prosodie non communicative. Il ne s'inscrit pas dans une communication à l'autre. Utilisation stéréotypées et répétitives de certains mots. Le pointé du doigt non observé, ni d'intonation ni écholalie. Semble comprendre les consignes verbales simples. Il n'utilise pas de gestes descriptifs, conventionnels ou instrumentaux.

Interactions sociales réciproques (score de 14, seuil autisme à 7 et TSA à 4) : le contact oculaire très fluctuant, et n'utilise pas ce contact pour moduler, réguler ou initier une interaction. La réponse à l'appel de son prénom n'est pas immédiate et n'est obtenue qu'après de nombreuses sollicitations verbales accompagnées de sollicitations physiques. Il peut prendre

plaisir dans certaines activités et rire ou sourire mais il ne s'inscrit pas dans un plaisir partagé avec l'examineur et ne répond pas au sourire social. Ses mimiques faciales restent peu expressives et ne sont pas adressées à l'autre. Noah peut initier l'attention conjointe sur un objet particulièrement convoité afin de l'obtenir mais cette initiation n'a pas valeur d'interaction ou d'ouverture sociale. Le petit garçon est encore très centré sur ses propres intérêts et ne tient pas compte de la personne présente à ses côtés. Il ne répond pas spontanément à l'attention conjointe lorsqu'elle est initiée par l'examineur et doit être étayé physiquement. Il a pu formuler une demande et dire « tiens, tiens » pour « donne » afin d'obtenir un objet mais le regard n'est pas coordonné à sa verbalisation.

Jeu (score = 2): Lors du jeu libre, Noah se saisit spontanément du téléphone et de la dinette. Il utilise alors ces objets miniatures de façon conventionnelle en disant « allô » avec le téléphone par exemple. Une amorce de faire semblant est également observée avec la dinette. Toutefois son jeu peut s'avérer enfermant et reste peu élaboré. Il n'associe pas l'examineur à son jeu et a tendance à proposer le même scénario de façon répétitive. Le petit garçon refuse les propositions qui lui sont faites (jeu avec le poupon) mais peut reproduire quelques actions sur imitations et parés de nombreuses sollicitations. Il est parfois nécessaire d'utiliser des « renforçateurs » concrets afin de permettre à Noah de se poser physiquement et de répondre à des demandes. Sans cet aménagement, Noah s'inscrit dans cette errance significative et s'enferme dans ses manipulations.

Comportements stéréotypés et intérêts restreints (score= 3): aucun intérêt sensoriel inhabituel n'a été observé. Noah fait cependant état d'un intérêt répétitif pour la dinette et quelques mots stéréotypés ont été observés.

Autres comportements : Noah s'inscrit dans une agitation motrice et une errance significative et ne parvient pas à se poser sur une activité. Il est nécessaire de l'étayer physiquement afin de lui permettre de s'asseoir et de diriger son attention sur l'activité proposée.

Conclusion : **score total à 24 (autisme seuil à 12 et TSA à partir de 7)**

L'ensemble des éléments recueillis va dans le sens d'un trouble de la réciprocité socio-émotionnelle à l'origine de **troubles qualitatifs de mode d'interaction sociale et de communication avec présence d'atypies comportementales** (contact oculaire, absence de communication fonctionnelle, absence de réciprocité sociale, agitation motrice, intérêts restreints). En conséquence nous pouvons retenir le **diagnostic d'autisme** au sens de la classification internationale des maladies (CIM 10).

1.4 Le bilan psychomoteur

Le bilan s'est déroulé sur trois séances de quarante-cinq minutes, en présence de sa maman.

Comportement lors du bilan : Noah s'enfuit et explore les différentes salles de l'étage. Il explore aussi la salle de psychomotricité pendant l'entretien avec sa maman. Il ne cherche pas à entrer en interaction, il fuit l'adulte qu'il ne connaît pas. Il peut dire quelques mots. Au moment des salutations, accompagne ses mots du regard. La compréhension verbale est difficile, mais elle est améliorée par les démonstrations. Il est capable d'imiter. La séparation est encore difficile, mais il s'apaise lorsque sa maman revient. Il se montre très intéressé au matériel qui lui est présenté. Noah peut paraître complètement absorbé par ses manipulations. Une intervention physique de l'adulte est alors nécessaire, pour stopper l'activité, et dans ces cas-là Noah se met en colère (crie, tape sa maman, rompt totalement le contact visuel). On constate cependant que Noah est capable d'intégrer une règle d'une séance à l'autre même s'il a tendance à tester le cadre. Il est peu dans la coopération et peut être dans l'opposition passive (ignore l'adulte) ou active (« non »). L'opposition semble s'accroître face aux difficultés. Un guidage physique est souvent nécessaire pour capter son attention et l'orienter sur l'activité. Son refus de participer rend difficile l'évaluation de ses réelles compétences.

Brunet – Lézine : Les performances sont hétérogènes entre les domaines, un âge de développement global ne semble pas pertinent.

Noah est âgé de 32 mois et 15 jours. Il présente des compétences hétérogènes avec des difficultés qui prédominent au niveau du langage. Le comportement de Noah est peu adapté avec des réactions à la frustration très marquées, des difficultés à se poser et à être dans l'échange, la relation.

Développement postural : âge de développement à 27 mois et QD= 83:

Les acquisitions dans ce domaine sont homogènes et dans la moyenne faible pour son âge. Il se précipite dans sa motricité globale et ne recherche pas la maîtrise corporelle. Les déséquilibres sont fréquents. Il a acquis l'essentiel des compétences sensori-motrices attendues à son âge. Difficultés d'ajustements postural et tonique.

Coordinations oculo-manuelles : **AD 22 mois 20 jours QD= 69** (fragilité)

Les acquisitions dans ce domaine sont hétérogènes et déficitaires pour l'âge. Noah semble manquer de déliement digital dans ses manipulations fines, même s'il s'applique. Il présente aussi des syncinésies oro-faciales (ouvre la bouche). Il investit peu le dessin. Il semble privilégier la main droite lors des manipulations uni-manuelles mais il utilise peu sa main gauche comme main support (dans le graphisme ne pose pas la main pour tenir le papier, dans les manipulations manuelles, n'utilise pas sa main gauche comme aide). Noah peut faire une tour de 8 cubes, il saisit les cubes de la main droite par une prise palmaire et s'aide de la main gauche pour les ajuster, en s'appliquant. Il peut aussi réaliser un train, mais n'arrive pas

encore à faire la porte. Noah arrive à faire des encastresments simples, et s'ajuste au retournement de la planche, il peut faire des puzzles de deux pièces, en observant le dessin représenté. Dans la prise des petits objets la prise est encore instable et immature, la pince pousse/index n'est pas observée. Noah dessine un peu mais arrête assez vite cette activité.

Langage : AD= 19 mois QD= 58

Les acquisitions dans ce domaine sont hétérogènes et déficitaires pour son âge. Noah se montre très peu dans l'échange durant le bilan. Peu de mots sont émis, il chantonne et jargonne en manipulant les objets ou en se déplaçant dans la salle. Mais aucun langage adressé n'est observable. S'oppose face à la difficulté des items appartenant à ce domaine. Il arrive toutefois après de nombreuses sollicitations à identifier quatre objets. Il réagit à son prénom, regarde la personne qui le nomme. Il a des difficultés à s'adapter à des consignes simples. Il ne fait pas de demandes.

Socialisation : AD= 27 mois QD= 83

Les acquisitions sont dans la moyenne faible pour l'âge. Noah peut pointer du doigt et l'attention conjointe semble présente. Les notions spatiales ne semblent pas encore être acquises. Il peut jouer à faire semblant. Il est autonome dans son alimentation et pour certaines étapes de l'habillage.

Conclusions : Noah présente des compétences hétérogènes avec des difficultés qui prédominent au niveau du langage. Le comportement de Noah est mal adapté avec des réactions à la frustration très marquées, des difficultés à se poser et à être dans l'échange, la relation. Au niveau postural et de la sociabilité/autonomie, les acquisitions faites sont dans la moyenne de son âge malgré de légers décalages avec celles attendues pour son âge (27 mois d'âge de développement). Dans le domaine posturo-moteur, on note une précipitation motrice et des difficultés d'ajustements posturo-tonique. La maîtrise corporelle dans ses mouvements n'est pas encore recherchée. Dans le domaine des coordinations oculo-manuelles, ses compétences sont à la limite du déficit avec un âge de développement de 22 mois et 20 jours. Le langage est quant à lui déficitaire pour l'âge avec des compétences qui correspondent à un âge de 19 mois.

2. Le projet d'interventions personnalisé au profil de Noah

Suite à ces différents bilans une réunion de synthèse a eu lieu. La problématique de Noah retenue est donc un diagnostic d'autisme marqué par, un retard de langage important, impactant la communication aussi bien sur le versant réceptif qu'expressif, une agitation

psychomotrice et des difficultés de gestion émotionnelle. Il est remarqué que certaines compétences sont émergentes et que Noah présente des capacités de concentration (dans un environnement adapté), une appétence au jeu, et une sensibilité aux encouragements.

Une prise en charge globale est décidée pour lui apporter l'aide nécessaire pour soutenir son développement, acquérir un moyen de communiquer fonctionnel, gérer son agitation psychomotrice et le soutenir sur le chemin de la socialisation (réintégration scolaire). Ce projet propose les prises en charge éducatives, rééducatives et thérapeutiques suivantes :

- ♣ Une prise en charge éducative pour travailler autour du regard, des interactions, de la communication, et d'enrichir ses centres d'intérêts et ses capacités d'imitation. Cette prise en charge sera individuelle dans un premier temps en y associant la maman, pour le plaisir de jouer ensemble. Puis Noah sera intégré dans un petit groupe avec trois autres enfants, autour du jeu et de l'interaction, animé par une éducatrice et une psychologue afin de l'aider à se saisir de l'imitation pour développer ses appétences ludiques et pour soutenir ses compétences relationnelles.
- ♣ Une prise en charge individuelle en psychomotricité (décrite dans la partie suivante).
- ♣ Une prise en charge orthophonique pour apporter à Noah un moyen de communiquer de façon fonctionnelle, et soutenir l'émergence du langage, par notamment la mise en place du PECS.

La réintégration à l'école sur un petit temps, en présence d'une AVS est aussi envisagée. Ce temps de scolarisation sera par la suite progressivement augmenté, avec pour objectif que Noah puisse aller à l'école quatre demi-journées par semaine, en présence d'une AVS.

3. la prise en charge psychomotrice individuelle

3.1 Les objectifs et les axes de travail de l'intervention psychomotrice :

La prise en charge en psychomotricité est proposée en premier lieu pour soutenir le développement de Noah dans le domaine des coordinations oculomanuelles. Pour cela un travail sur l'exploration et la manipulation d'objets lui est proposé. Noah est invité à découvrir et expérimenter différents objets, par le biais d'activités propices à l'entraînement de ses compétences praxiques (action de viser/dévisser, de boutonner/déboutonner, enfiler des perles sur un fil, emboîter/ranger des boîtes gigognes...). De plus ce travail permet aussi à Noah de diversifier ses activités. L'apprentissage de ces nouvelles manipulations passe notamment par l'imitation. Noah est encouragé à faire comme nous, et à répéter l'action plusieurs fois au cours de la séance et de séance en séance.

Un des autres objectifs de cette prise en charge est de l'accompagner à investir le graphisme, pour qu'il développe ses compétences, notamment dans les prérequis à l'écriture (production de forme, fluidité du geste graphique, tenue de l'objet scripteur). Ce travail repose sur l'utilisation de supports variés (feuille, tableau, ardoise...) et d'activités différentes. Par exemple on propose à Noah de coller des Play maïs sur une feuille, les entourer et les relier ensemble, pour représenter des ballons de baudruches. Les consignes sont essentiellement données par démonstrations accompagnées de courtes phrases (association de deux ou trois mots). Si la consigne n'est pas comprise, la démonstration est refaite à une allure plus lente de façon à ce que Noah intègre les différentes étapes à respecter pour réaliser la consigne. Le graphisme est aussi appréhendé en séance pour le plaisir de produire une trace, le partage et l'échange engagé autour de cette réalisation (faire un dessin de bonhomme ensemble par exemple).

Les séances sont aussi axées sur la découverte et la réalisation de petits jeux sollicitant les compétences cognitives. Ainsi on lui propose différentes activités comme des puzzles, des appariements d'images, le tri de couleurs ou de formes, des encastresments afin de travailler entre autre sur l'exploration visuelle (l'aider à se saisir des éléments saillants). Ces activités permettent aussi de travailler sur la désignation d'objets et d'images (comme le fait l'orthophoniste).

Le dernier objectif de cette prise en charge est de favoriser les échanges et la communication. Noah vient en séance avec son classeur PECS (mis en place par l'orthophoniste). Au cours des différentes activités je sollicite régulièrement son attention, pour initier l'échange ou simplement l'orienter sur la tâche. L'échange passe aussi par le partage d'activités ou de situations qu'il apprécie, comme faire des bulles ou parler dans un micro qui amplifie la voix, chacun son tour. Ces activités s'inscrivent comme des petites routines, plaisantes par le biais d'utilisation d'objets

3.2 Dérroulement des séances et moyens employés

Les séances se déroulent dans une ambiance calme, détendue et dans une relation positive. Chaque tentative ou émergence d'initiation de la communication et de l'interaction est renforcée.

De plus la salle est organisée de manière à rendre le déroulement des séances plus prévisible, chaque endroit de la pièce est dédié à des activités spécifiques : la table isolée des différentes stimulations visuelles présentes dans la salle, face au tableau, permet de travailler sur de petites activités de manipulation manuelle, ou des activités cognitives. Les séances débutent ainsi à la table. Les activités prévues pour la séance ne sont pas visibles pour Noah,

elles sont rangées dans une boîte sous la table. Noah a besoin que les activités s'enchaînent vite, sinon il décroche son attention. Cette installation me permet donc de proposer une autre activité dès que celle qu'il fait est finie.

La séance se poursuit ensuite vers un espace installé devant le miroir avec des mousses, des cerceaux, des planches de stimulations sensorielles (planche avec picots, douce, dure ou avec des stries), un banc qui sert de poutre, des tunnels, pour arriver jusqu'à l'espalier. Ce parcours est proposé à chaque séance, avec quelques variations de séance en séance. Quelques objets à explorer avec soit les pieds, soit les mains sont disposés sur le parcours (graines, foulards, éléments qui s'écrasent et éjectent de l'air quand on appuie dessus). Le début et la fin du parcours sont matérialisés par des cerceaux ou un foulard (lorsque la fin se situe en haut de l'espalier). De plus Noah doit prendre une petite forme au début du trajet pour la ranger dans un pot situé à l'arrivée. Le nombre de formes disponibles correspond au nombre de fois qu'il doit faire le parcours.

En fin de séance, un temps calme est prévu. Un tapis avec une mousse en forme de « u » et un petit coussin sont disposés dans un petit endroit de la pièce. Ce temps permet un retour au calme après le parcours. De petites activités comme regarder un livre, faire des bulles, manipuler des instruments de musique lui sont proposées.

ANNEXE N°10 : illustration photographique de la prise en charge de Noah

3.3 Participation et comportement de Noah :

J'ai pu observer l'évolution de Noah au cours de six séances, à l'heure actuelle. Il semble s'être bien saisi du déroulé des séances.

Durant les premières séances on observe que Noah est en difficulté pour se poser sur les activités à la table, il bouge beaucoup, s'agite et cherche à quitter la table. Il est souvent nécessaire d'intervenir physiquement, pour le contraindre à rester assis. Il a besoin que les activités s'enchaînent rapidement, car qu'un moment de latence se présente, son attention se disperse. La disposition des activités dans une caisse à portée de mes mains me permet donc de remplir cette exigence. Noah est sensible aux encouragements, aux renforcements sociaux et aux sollicitations, cela lui permet notamment de maintenir son attention sur la tâche. Dans les moments plus difficiles, lorsqu'il s'oppose à l'activité proposée, lui dire que s'il fait cette tâche il pourra en faire une autre qu'il apprécie plus (principe de Prémack), comme par exemple faire des bulles, est généralement suffisant pour le remotiver.

Il participe aux petites activités cognitives et aux tâches sollicitant ses compétences pratiques, mais il est encore trop tôt pour évaluer sa progression.

On observe que Noah s'intéresse de plus en plus aux activités proposées. Il investit beaucoup plus le graphisme. Il peut rester longtemps à dessiner, le partage de la feuille est possible (dessiner à deux sur la même feuille). Il initie même le tour de rôle spontanément au sein de cette tâche. Il trace un trait sur sa feuille, puis attend que je fasse pareil. Il imite ce que je fais (ronds, carré, traits, bonhomme). Ses productions manquent encore de précision, mais les formes sont reconnaissables.

Au niveau du langage, on note l'émergence de plus en plus de mots dans le vocabulaire de Noah. La prononciation n'est pas toujours correcte mais leur utilisation est appropriée. Les demandes elles aussi sont mieux formulées. Il peut notamment se servir de son classeur PECS, pour composer la phrase à l'aide de deux pictogrammes « je veux + objet désiré », qu'il donne à l'adulte et qu'il peut soutenir avec la demande verbale si on le sollicite. Néanmoins des écholalies immédiates sont encore présentes, notamment lorsqu'il s'agit de désigner des objets ou des images. Noah a tendance à répéter les mots qu'il entend, spontanément. De plus la spontanéité du langage est encore faible. Il faut donc continuer à répéter les situations propices au langage, et notamment favorisant l'apparition des demandes pour le soutenir vers l'acquisition d'un langage plus spontanée. On remarque l'apparition de regards plus souvent adressés même s'ils restent encore brefs. Noah semble mieux s'inscrire dans l'interaction et l'échange. Il prend plaisir à partager des activités. Il est même capable de d'initier le partage dans certaines situations.

Durant les temps moteurs Noah a encore des difficultés pour gérer sa motricité, il a tendance à se précipiter, à faire vite et ne pas respecter le chemin du parcours. Il peut se mettre en danger, notamment lorsqu'il descend l'escalier, car il a tendance à tout lâcher. L'accompagnement physique est nécessaire, pour pas qu'il tombe. Les éléments sensoriels placés sur le parcours attirent son attention et permettent de ralentir son allure.

Le travail en psychomotricité mis en place auprès de Noah semble adapté à ses compétences, et son rythme. Il participe tout au long de la séance et mobilise son attention sur les activités proposées. A la table, il réalise les activités, et exerce ses compétences cognitives et oculomanuelles. Debout sur le parcours la maîtrise corporelle est encore difficile et demande des aménagements (réduction de la longueur du parcours) et un travail plus spécifique semble nécessaire pour prévenir les mises en situations de danger.

Il est donc pertinent de proposer à Noah une nouvelle évaluation d'ici quelques mois pour objectiver ses progrès.

DISCUSSION

Ce mémoire parle de l'autisme chez le très jeune enfant. Les deux premières parties sont très centrées sur la précocité de la prise en charge. D'ailleurs celle-ci est même envisagée à partir de 18 mois dans le modèle de l'ESDM. La dernière partie, la présentation de l'application pratique des réflexions établies dans les parties précédentes, concernent quant à elle des enfants âgés de plus de 3 ans. Ce décalage est dû à une réalité : certes le diagnostic est de plus en plus précoce, la France semble être en train de combler son retard, mais les structures d'accueil et leurs ressources semblent insuffisantes.

En effet, malgré les améliorations le diagnostic d'autisme avant 2ans est encore rare. Les délais d'attente entre le premier contact (souvent téléphonique) et les premières consultations, puis la mise en place de la démarche diagnostique et d'évaluation pluridisciplinaire sont encore trop longs. De plus il existe aussi des délais d'attente avant l'établissement de la prise en charge. Les structures accusent le coût et voient leur liste d'attente s'allonger.

Une illustration par la présentation d'enfants plus jeunes aurait pu être plus pertinente, notamment pour faire le lien entre la psychomotricité et l'application du modèle d'intervention précoce de Denver. C'est-à-dire voir comment la psychomotricité s'inscrirait au sein de ce modèle encore peu répandu en France.

Par ailleurs la partie pratique illustre l'utilisation que l'on peut avoir des différentes techniques présentées dans la partie théorique en séance de psychomotricité. Les programmes proposés aux deux enfants présentés reposent sur l'inclusion d'éléments, de principes et de stratégies empruntés à ces différents modèles d'intervention. Les programmes de rééducation psychomotrice ont été réfléchis de manière à parvenir à la réalisation des objectifs établis ainsi qu'optimiser la rééducation, en s'adaptant aux particularités de chaque enfants. Louis et Noah présentent des profils différents. Ils n'ont pas le même âge, ni les mêmes compétences. Les aménagements mis en place pour pouvoir instaurer une rééducation psychomotrice, tiennent compte de leurs besoins, de leurs compétences, ainsi que de la demande parentale.

De cette manière il est proposé à Louis une prise en charge axée sur des apprentissages que l'on pourrait qualifier de préscolaires : le travail en autonomie sur de petite tâche, le tour de rôle, la vie en collectivité (appréhender dans le groupe), la diminution de ses rigidités comportementales, par le biais d'un environnement structuré (aménagements de type TEACCH). Tandis que le projet de Noah repose sur l'augmentation de son appétence à

apprendre, dans un milieu plus naturel, favorisant les interactions, la relation et la communication, mais dont les sources de stimulations sont toutefois contrôlées.

La prise en charge de Noah semble s'être bien instaurée, il participe et évolue de séance en séance. Pour Louis cela semble plus difficile. Hypothèse d'une comorbidité avec un trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité, énoncée dans le bilan neuropsychologique, pourrait expliquer ses résultats plus mitigés. Cette hypothèse est à prendre en compte dans la prise en charge de Louis, par la mise en place d'aménagements et de stratégies plus adaptées.

CONCLUSION

La présence de troubles et d'anomalies dans le développement psychomoteur du jeune enfant atteint d'autisme est manifeste. Les anomalies sensori-motrices ainsi présentent s'inscrivent dans une multitude de déficits, de particularités fonctionnelles et de retards développementaux (au niveau de la cognition et de la communication notamment), qui obligent de mettre en place un plan d'intervention psychomotrice sur mesure. En effet les stratégies employées doivent aussi bien correspondre aux particularités de la symptomatologie de l'autisme infantile, qu'au profil spécifique de l'enfant et au projet global, établit autour de cet enfant.

La rééducation psychomotrice est une intervention directe auprès du jeune enfant dans un contexte individuel ou groupal, par le biais notamment de mise en situation perceptivo-motrices, au sein d'activités ludiques, plaisantes et motivantes. L'utilisation du jeu comme médiation de la rééducation favorise les échanges et les interactions avec l'enfant.

Des objectifs sont établis suite à la réalisation de l'examen psychomoteur et à l'analyse de l'ensemble des observations sur le fonctionnement de l'enfant. Il est important de prendre le temps de réfléchir à comment on va parvenir à mettre en œuvre ces objectifs. Les stratégies employées peuvent notamment être empruntées aux différents modèles de prise en charge de l'enfant avec autisme, ayant prouvés leur efficacité par une démarche scientifique rigoureuse.

En effet les différents principes et moyens employés dans ces programmes spécifiques à l'enfant atteint d'autisme peuvent être un aide pour le psychomotricien à l'adaptation des séances. Il peut s'inspirer de différentes interventions pour adapter, imaginer et créer des façons d'animer ses séances, en adéquation avec les compétences de l'enfant et ses intérêts.

De plus la psychomotricité s'inscrit dans un projet d'intervention globale de l'enfant. Elle permet de travailler des objectifs transversaux. La psychomotricité favorise le développement de compétences d'interaction, de communication et le partage d'affect, et la généralisation de certains moyens mis en place (notamment des moyens augmentatifs de la communication).

Les différents programmes, et notamment ceux spécifiques à l'intervention auprès de très jeunes enfants (Denver, ESDM, thérapie d'échange et de développement) semblent partager des principes présents dans la pratique psychomotrice de manière intuitive. Ces modèles pourraient être l'occasion de relier cette pratique intuitive à des fondements théoriques, et des connaissances scientifiques. De plus cela permettrait d'apporter des éléments renforçant la légitimité de la psychomotricité au sein de la prise précoce de l'autisme.

BIBLIOGRAPHIE

- Adrien, J.L., Gattegno, M. (2011). L'autisme de l'enfant. Belgique. Mardaga
- Baghdadli, A., Noyer, M., & Aussilloux, C. (2007). *Interventions éducatives, pédagogiques et thérapeutiques proposées dans l'autisme*. CREAI-Centre régional pour l'enfance et l'adolescence inadaptées-Languedoc Roussillon.
- Blanc, R., Malvy, J., Dansart, P., Bataille, M., Bonnet-Brilhault, F., & Barthélémy, C. (2013). La thérapie d'échange et de développement, une rééducation neurofonctionnelle de la communication sociale. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 61(5), 288-294.
- Bourgueil, O. (2011). La méthode ABA et les programmes guidés par la méthode ABA. In Adrien, J.L., Gattegno, M. (Eds). L'autisme de l'enfant (pp 115-137). Belgique. Mardaga
- Brisson, J. (2011). Les troubles précoces du développement des enfants avec autisme. In Adrien, J.L., Gattegno, M. (Eds). L'autisme de l'enfant (pp 34 - 50). Belgique.Mardaga
- Cohen, D. (2012, September). Controverses actuelles dans le champ de l'autisme. In *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* (Vol. 170, No. 7, pp. 517-525). Elsevier Masson.
- Dawson, G. (2008). Early behavioral intervention, brain plasticity, and the prevention of autism spectrum disorder. *Development and psychopathology*,20(03), 775-803.
- Dawson, G., Jones, E. J., Merkle, K., Venema, K., Lowy, R., Faja, S., ... & Webb, S. J. (2012). Early behavioral intervention is associated with normalized brain activity in young children with autism. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51(11), 1150-1159.
- Delobel, M., Van Bakel, M. E., Klapouszczak, D., Vignes, C., Maffre, T., Raynaud, J. P., ... & Cans, C. (1995). Prévalence de l'autisme et autres troubles envahissants du développement: données des registres français de population. *Génération*, 2002, 23-30.
- Determann, A. (2011). Le programme TEACCH. In Adrien, J.L., Gattegno, M. (Eds). L'autisme de l'enfant (pp 139-150). Belgique.Mardaga
- Dionisi, J. P. (2013). Le programme TEACCH: des principes à la pratique.*Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 61(4), 236-242.
- Eapen, V., Črnčec, R., & Walter, A. (2013). Clinical outcomes of an early intervention program for preschool children with Autism Spectrum Disorder in a community group setting. *BMC pediatrics*, 13(1), 3.
- Garrigou, C., (2013). Le développement de la sphère sociocommunicative dans un contexte de trouble du spectre autistique. In Perrin, J., Maffre, T. (Eds). Autisme et psychomotricité (pp 79-102). Paris. De boeck Solal.

- Gillet, P., (2013). L'autisme : un développement cognitif particulier. In Perrin, J., Maffre, T. (Eds). Autisme et psychomotricité (pp 103-116). Paris. De boeck Solal.
- Guédeney, A., & Saïas, T. (2006). Autisme du nourrisson: quoi de neuf dans le diagnostic et l'accompagnement?. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 54(6), 344-348.
- Houzel, D., Moussaoui, E., & Ferretti, A. (2004). Le diagnostic précoce des troubles autistiques de l'enfant en pratique. *L'Evolution psychiatrique*, 69(4), 627-639.
- Laranjeira, C., Perrin, J. (2013). Développement sensoriel et autisme. In Perrin, J., Maffre, T. (Eds). Autisme et psychomotricité (pp 175- 207). Paris. De boeck Solal.
- Le Menn-Tripi, C., Blanc, R., Bonnet- Brillhaut, F., Barthélémy, C. (2013). La thérapie d'échange et de développement et la psychomotricité : principes partagés, pratiques complémentaires. In Perrin, J., Maffre, T. (Eds). Autisme et psychomotricité (pp 305-319). Paris. De boeck Solal.
- Maffre, T. (2013). Définition et évolution des concepts : aspect historique. In Perrin, J., Maffre, T. (Eds). Autisme et psychomotricité (pp. 1-22). Paris. De boeck solal
- Magerotte, G., & Rogé, B. (2004). Intervention précoce en autisme: un défi pour les praticiens. *L'évolution psychiatrique*, 69(4), 579-588.
- Miquel-Grenier, E., (2013). Psychomotricité et éducation structurée. In Perrin, J., Maffre, T. (Eds). Autisme et psychomotricité (pp321-341). Paris. De boeck Solal.
- Nadel, J. (2011). Imiter pour grandir. Paris. Dunod
- Nadel, J. (2005). L'imitation: un langage sans mot, son rôle chez l'enfant atteint d'autisme. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 53(7), 378-383.
- Peeters, T. (2008). L'autisme, de la compréhension à l'intervention. Paris. Dunod
- Perrin, J. (2013). Le développement moteur dans les TSA. In Perrin, J., Maffre, T. (Eds). Autisme et psychomotricité (pp 127-174). Paris. De boeck Solal.
- Perrin, J., Maffre, T. (2013). Autisme et psychomotricité. Paris. De Boeck Solal
- Rogé, B. (2008). Comprendre et agir. Paris. Dunod
- Rogé, B. (2013). Le modèle de Denver pour la prise en charge des jeunes enfants atteints d'autisme : un outil supplémentaire dans les ressources du psychomotricien. In Perrin, J., Maffre, T. (Eds). Autisme et psychomotricité (pp 289- 303). Paris. De boeck Solal.
- Rogers, S.J., Dawson, G. (2013). L'intervention précoce en autisme : le modèle de Denver pour jeunes enfants. Paris. Dunod
- Rogers, S. J., & Dawson, G. (2010). *Early start Denver model for young children with autism: Promoting language, learning, and engagement*. Guilford Press.

Rogers, S. J., Estes, A., Lord, C., Vismara, L., Winter, J., Fitzpatrick, A., ... & Dawson, G. (2012). Effects of a brief Early Start Denver Model (ESDM) –based parent intervention on toddlers at risk for autism spectrum disorders: a randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51(10), 1052-1065.

Rogers, S. J., Herbison, J. M., Lewis, H. C., Pantone, J., & Reis, K. (1986). An approach for enhancing the symbolic, communicative, and interpersonal functioning of young children with autism or severe emotional handicaps. *Journal of Early Intervention*, 10(2), 135-148

Rogers, S. J., & Lewis, H. A. L. (1989). An effective day treatment model for young children with pervasive developmental disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 28(2), 207-214.

Saint-Georges, C., Guinchat, V., Chamak, B., Apicella, F., Muratori, F., & Cohen, D. (2013). Signes précoces d'autisme: d'où vient-on? Où va-t-on?. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 61(7), 400-408.

ANNEXES

**ANNEXE N °1 : Tableau n°1
CORRESPONDANCES CIM 10 – DSM IV – TR :**

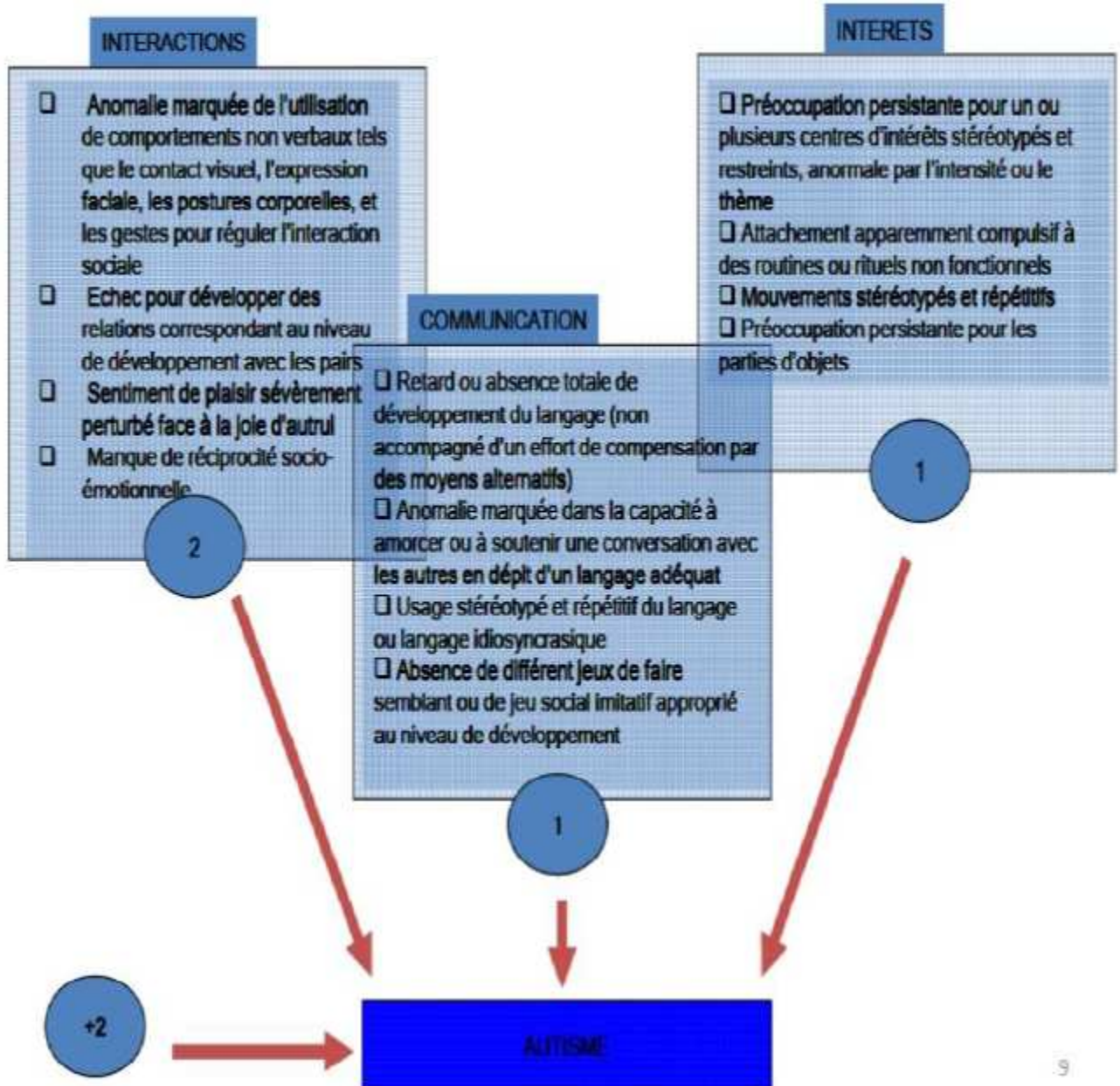
Outils d'évaluation diagnostic	description	Qualités métriques
<u>ADI-R</u> : <i>autism Diagnosis interview revised</i>	<p><u>Auteurs</u> : C.Lord, M.Rutter et A.Lecouteur en 1994 Et traduit en français par B.Rogé</p> <ul style="list-style-type: none"> • guide d'entretien semi-structuré avec les parents : recueil d'informations sur les comportements de l'enfant • Durée de 2 heures environ • Référence : CIM 10 ou DSM-IV-TR • A associer à l'ADOS-G • Formation et entraînement spécifique de l'examineur • à partir de 3ans 	<ul style="list-style-type: none"> - sensible - spécifique - discriminatif du retard mental des troubles spécifiques de langage (4-5 ;
<u>ADOS-G</u> : <i>autism diagnostic observation schedule-generic</i>	<p><u>Auteur</u> : C.Lord et al 1989 Traduit et validé par B.Rogé</p> <ul style="list-style-type: none"> • = outil d'observation semi structuré composé de 4 modules, choisis en fonction du niveau de langage et de développement de la personne : <p>Module 1= pour les enfants peu verbaux ou non verbaux Modules 2 et 3 = niveaux intermédiaires Module 4= pour les adolescents et les adultes avec un niveau de langage élaboré.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durée entre 30 et 40 min • Références : CIM 10 ou DSM-IV-TR (recueil d'informations relatives aux critères diagnostiques) 	<ul style="list-style-type: none"> - Bonnes qualités métriques - Discriminatif des TLSO

ANNEXE N°2 : critères diagnostiques de la CIM10 pour l'autisme infantile

Recommandations pour la pratique professionnelle du diagnostic de l'autisme

Tableau 2 : Critères de la CIM10 pour l'autisme infantile

F 84.0 — AUTISME INFANTILE	oui o	non
A. Présence, avant l'âge de 3 ans, d'anomalies ou d'altérations du développement, dans au moins un des domaines suivants :	oui o	non
(1) langage (type réceptif ou expressif) utilisé dans la communication sociale ;	oui o	non
(2) développement des attachements sociaux sélectifs ou des interactions sociales réciproques ;	oui o	non
(3) jeu fonctionnel ou symbolique.	oui o	non
B. Présence d'au moins six des symptômes décrits en (1), (2), et (3), avec au moins deux symptômes du critère (1) et au moins un symptôme de chacun des critères (2) et (3).	oui o	non
(1) Altérations qualitatives des interactions sociales réciproques, manifestes dans au moins deux des domaines suivants :	oui o	non
(a) absence d'utilisation adéquate des interactions du contact oculaire, de l'expression faciale, de l'attitude corporelle et de la gestualité pour réguler les interactions sociales ;	oui o	non
(b) incapacité à développer (de manière correspondante à l'âge mental et bien qu'existent de nombreuses occasions) des relations avec des pairs, impliquant un partage mutuel d'intérêts, d'activités et d'émotions ;	oui o	non
(c) manque de réciprocité socioémotionnelle se traduisant par une réponse altérée ou déviante aux émotions d'autrui ; ou manque de modulation du comportement selon le contexte social ou faible intégration des comportements sociaux, émotionnels, et communicatifs ;	oui o	non
(d) ne cherche pas spontanément à partager son plaisir, ses intérêts, ou ses succès avec d'autres personnes (par exemple ne cherche pas à montrer, à apporter ou à pointer à autrui des objets qui l'intéressent).	oui o	non
(2) Altérations qualitatives de la communication, manifestes dans au moins un des domaines suivants :	oui o	non
(a) retard ou absence totale de développement du langage oral (souvent précédé par une absence de babillage communicatif), sans tentative de communiquer par le geste ou la mimique ;	oui o	non
(b) incapacité relative à engager ou à maintenir une conversation comportant un échange réciproque avec d'autres personnes (quel que soit le niveau de langage atteint) ;	oui o	non
(c) usage stéréotypé et répétitif du langage ou utilisation idiosyncrasique de mots ou de phrases ;	oui o	non
(d) absence de jeu de « faire semblant », varié et spontané, ou (dans le jeune âge) absence de jeu d'imitation sociale.	oui o	non
(3) Caractère restreint, répétitif et stéréotypé des comportements, des intérêts et des activités, manifeste dans au moins un des domaines suivants :	oui o	non
(a) préoccupation marquée pour un ou plusieurs centres d'intérêt stéréotypés et restreints, anormaux par leur contenu ou leur focalisation ; ou présence d'un ou de plusieurs intérêts qui sont anormaux par leur intensité ou leur caractère limité, mais non par leur contenu ou leur focalisation ;	oui o	non
(b) adhésion apparemment compulsive à des habitudes ou à des rituels spécifiques, non fonctionnels ;	oui o	non
(c) maniérismes moteurs stéréotypés et répétitifs, par exemple battements ou torsions des mains ou des doigts, ou mouvements complexes de tout le corps ;	oui o	non
(d) préoccupation par certaines parties d'un objet ou par des éléments non fonctionnels de matériels de jeux (par exemple leur odeur, la sensation de leur surface, le bruit ou les vibrations qu'ils produisent).	oui o	non



ANNEXE N°4 : tableau 2 et 3 : Recensement des différents signes précoces d'autisme au sein de plusieurs études, rapportées dans le livre « l'autisme de l'enfant : évaluations, interventions, et suivis » (Adrien et Gattegno 2011), durant la première année de vie (tableau n°2) et durant la seconde année de vie (tableau n°3)

Tableau n°2 :

Outils d'évaluation diagnostic	description	Qualités métriques	
<u>ADI-R</u> : <i>autism Diagnosis interview revised</i>	<p><u>Auteurs</u> : C.Lord, M.Rutter et A.Lecouteur en 1994 Et traduit en français par B.Rogé</p> <ul style="list-style-type: none"> • guide d'entretien semi-structuré avec les parents : recueil d'informations sur les comportements de l'enfant • Durée de 2 heures environ • Référence : CIM 10 ou DSM-IV-TR • A associer à l'ADOS-G • Formation et entraînement spécifique de l'examineur • à partir de 3ans 	<ul style="list-style-type: none"> - sensible - spécifique - discriminatif du retard mental et des troubles spécifiques du langage (4-5 ans) 	
<u>ADOS-G</u> : <i>autism diagnostic observation schedule-generic</i>	<p><u>Auteur</u> : C.Lord et al 1989 Traduit et validé par B.Rogé</p> <ul style="list-style-type: none"> • = outil d'observation semi structuré composé de 4 modules, choisis en fonction du niveau de langage et de développement de la personne : <p>Module 1= pour les enfants peu verbaux ou non verbaux Modules 2 et 3 = niveaux intermédiaires Module 4= pour les adolescents et les adultes avec un niveau de langage élaboré.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durée entre 30 et 40 min • Références : CIM 10 ou DSM-IV-TR (recueil d'informations relatives aux critères diagnostiques) • A partir de 2ans* 	<ul style="list-style-type: none"> - Bonnes qualités métriques - Discriminatif des TLSO 	
<u>CARS</u> : <i>childhood autism rating scale</i>	<p><u>Auteurs</u> : E.Scholper et al 1980 Traduite et adaptée en français par B.Rogé</p> <ul style="list-style-type: none"> • = échelle diagnostic • Permet d'apprécier le degré de sévérité des troubles autistiques • Observation de la personne dans la vie quotidienne • 14 domaines observés (habituellement perturbés à des niveaux variables dans l'autisme) • Chaque item est noté de 1 (score normal) à 4 (sévérité maximale) • A partir de 2ans* 	<ul style="list-style-type: none"> - Sensible - Manque de spécificité car sensible au retard mental (sur-inclusion) 	
	<p>Attention Participation à l'activité Comportement</p>	<p>Expressivité Communication verbale Communication non verbale</p>	<p>Relation aux pairs</p>
Regroupe-ment initial	<ul style="list-style-type: none"> ♣ Vient en séance sans difficultés et avec plaisir ♣ Aucune difficulté de séparation ♣ saisit très vite du fonctionnement des séances ♣ S'installe à la table dès son 	<ul style="list-style-type: none"> ♣ Dit bonjour de manière approprié ♣ Peut même ajouter « comment ça va ? » ♣ Mais production assez stéréotypée, prosodie 	<ul style="list-style-type: none"> ♣ Ne remarque pas la présence des autres enfants ♣ Aucun regard adressé ♣ Comme s'ils n'étaient pas là ♣ Aucune interaction initiée de la part de Louie (n'interne)

Outils d'évaluation diagnostic	description	Qualités métriques
<u>ADI-R</u> : <i>autism Diagnosis interview revised</i>	<p><u>Auteurs</u> : C.Lord, M.Rutter et A.Lecouteur en 1994 Et traduit en français par B.Rogé</p> <ul style="list-style-type: none"> • guide d'entretien semi-structuré avec les parents : recueil d'informations sur les comportements de l'enfant • Durée de 2 heures environ • Référence : CIM 10 ou DSM-IV-TR • A associer à l'ADOS-G • Formation et entraînement spécifique de l'examineur • à partir de 3ans 	<ul style="list-style-type: none"> - sensible - spécifique - discriminatif du retard mental et des troubles spécifiques du langage (4-5 ans)
<u>ADOS-G</u> : <i>autism diagnostic observation schedule-generic</i>	<p><u>Auteur</u> : C.Lord et al 1989 Traduit et validé par B.Rogé</p> <ul style="list-style-type: none"> • = outil d'observation semi structuré composé de 4 modules, choisis en fonction du niveau de langage et de développement de la personne : <p>Module 1= pour les enfants peu verbaux ou non verbaux Modules 2 et 3 = niveaux intermédiaires Module 4= pour les adolescents et les adultes avec un niveau de langage élaboré.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durée entre 30 et 40 min • Références : CIM 10 ou DSM-IV-TR (recueil d'informations relatives aux critères diagnostiques) • A partir de 2ans* 	<ul style="list-style-type: none"> - Bonnes qualités métriques - Discriminatif des TLSO
<u>CARS</u> : <i>childhood autism rating scale</i>	<p><u>Auteurs</u> : E.Scholper et al 1980 Traduite et adaptée en français par B.Rogé</p> <ul style="list-style-type: none"> • = échelle diagnostic • Permet d'apprécier le degré de sévérité des troubles autistiques • Observation de la personne dans la vie quotidienne • 14 domaines observés (habituellement perturbés à des niveaux variables dans l'autisme) • Chaque item est noté de 1 (score normal) à 4 (sévérité maximale) • A partir de 2ans* 	<ul style="list-style-type: none"> - Sensible - Manque de spécificité car sensible au retard mental (sur-inclusion)

	Attention Participation à l'activité Comportement	Expressivité Communication verbale Communication non verbale	Relation aux pairs
Regroupement initial	<ul style="list-style-type: none"> ♣ Vient en séance sans difficultés et avec plaisir ♣ Aucune difficulté de séparation ♣ saisit très vite du fonctionnement des séances ♣ S'installe à la table dès son entrée 	<ul style="list-style-type: none"> ♣ Dit bonjour de manière approprié ♣ Peut même ajouter « comment ça va ? » ♣ Mais production assez stéréotypée, prosodie plaquée ♣ Présence de jargon ++ (sur le chemin de la salle) 	<ul style="list-style-type: none"> ♣ Ne remarque pas la présence des autres enfants ♣ Aucun regard adressé ♣ Comme s'ils n'étaient pas là ♣ Aucune interaction initiée de la part de Louis (n'interpelle pas ses pairs) ♣ Sollicitations de l'adulte +++
	Activité individuelle en autonomie		
	<ul style="list-style-type: none"> ♣ Participation fluctuante +++ ♣ Activités pourtant connues de Louis déjà réalisées en 	<ul style="list-style-type: none"> ♣ Participe= calme et silencieux, réalise l'activité en autonomie 	<ul style="list-style-type: none"> ♣ Aucun intérêt porté sur le travail des autres spontanément

Outils d'évaluation diagnostic	description	Qualités métriques
<u>ADI-R</u> : <i>autism Diagnosis interview revised</i>	<p><u>Auteurs</u> : C.Lord, M.Rutter et A.Lecouteur en 1994 Et traduit en français par B.Rogé</p> <ul style="list-style-type: none"> • guide d'entretien semi-structuré avec les parents : recueil d'informations sur les comportements de l'enfant • Durée de 2 heures environ • Référence : CIM 10 ou DSM-IV-TR • A associer à l'ADOS-G • Formation et entraînement spécifique de l'examineur • à partir de 3ans 	<ul style="list-style-type: none"> - sensible - spécifique - discriminatif du retard mental et des troubles spécifiques du langage (4-5 ans)
<u>ADOS-G</u> : <i>autism diagnostic observation schedule-generic</i>	<p><u>Auteur</u> : C.Lord et al 1989 Traduit et validé par B.Rogé</p> <ul style="list-style-type: none"> • = outil d'observation semi structuré composé de 4 modules, choisis en fonction du niveau de langage et de développement de la personne : <p>Module 1= pour les enfants peu verbaux ou non verbaux Modules 2 et 3 = niveaux intermédiaires Module 4= pour les adolescents et les adultes avec un niveau de langage élaboré.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durée entre 30 et 40 min • Références : CIM 10 ou DSM-IV-TR (recueil d'informations relatives aux critères diagnostiques) • A partir de 2ans* 	<ul style="list-style-type: none"> - Bonnes qualités métriques - Discriminatif des TLSO
<u>CARS</u> : <i>childhood autism rating scale</i>	<p><u>Auteurs</u> : E.Scholper et al 1980 Traduite et adaptée en français par B.Rogé</p> <ul style="list-style-type: none"> • = échelle diagnostic • Permet d'apprécier le degré de sévérité des troubles autistiques • Observation de la personne dans la vie quotidienne • 14 domaines observés (habituellement perturbés à des niveaux variables dans l'autisme) • Chaque item est noté de 1 (score normal) à 4 (sévérité maximale) • A partir de 2ans* 	<ul style="list-style-type: none"> - Sensible - Manque de spécificité car sensible au retard mental (sur-inclusion)

Tableau n° 3 :

Outils d'évaluation diagnostic	description	Qualités métriques	
<u>ADI-R</u> : <i>autism Diagnosis interview revised</i>	<p><u>Auteurs</u> : C.Lord, M.Rutter et A.Lecouteur en 1994 Et traduit en français par B.Rogé</p> <ul style="list-style-type: none"> • guide d'entretien semi-structuré avec les parents : recueil d'informations sur les comportements de l'enfant • Durée de 2 heures environ • Référence : CIM 10 ou DSM-IV-TR • A associer à l'ADOS-G • Formation et entraînement spécifique de l'examinateur • à partir de 3ans 	<ul style="list-style-type: none"> - sensible - spécifique - discriminatif du retard mental et des troubles spécifiques du langage (4-5 ans) 	
<u>ADOS-G</u> : <i>autism diagnostic observation schedule-generic</i>	<p><u>Auteur</u> : C.Lord et al 1989 Traduit et validé par B.Rogé</p> <ul style="list-style-type: none"> • = outil d'observation semi structuré composé de 4 modules, choisis en fonction du niveau de langage et de développement de la personne : <p>Module 1= pour les enfants peu verbaux ou non verbaux Modules 2 et 3 = niveaux intermédiaires Module 4= pour les adolescents et les adultes avec un niveau de langage élaboré.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durée entre 30 et 40 min • Références : CIM 10 ou DSM-IV-TR (recueil d'informations relatives aux critères diagnostiques) • A partir de 2ans* 	<ul style="list-style-type: none"> - Bonnes qualités métriques - Discriminatif des TLSO 	
<u>CARS</u> : <i>childhood autism rating scale</i>	<p><u>Auteurs</u> : E.Scholper et al 1980 Traduite et adaptée en français par B.Rogé</p> <ul style="list-style-type: none"> • = échelle diagnostic • Permet d'apprécier le degré de sévérité des troubles autistiques • Observation de la personne dans la vie quotidienne • 14 domaines observés (habituellement perturbés à des niveaux variables dans l'autisme) • Chaque item est noté de 1 (score normal) à 4 (sévérité maximale) • A partir de 2ans* 	<ul style="list-style-type: none"> - Sensible - Manque de spécificité car sensible au retard mental (sur-inclusion) 	
	<p>Attention Participation à l'activité Comportement</p>	<p>Expressivité Communication verbale Communication non verbale</p>	<p>Relation aux pairs</p>
Regroupe-ment initial	<ul style="list-style-type: none"> ♣ Vient en séance sans difficultés et avec plaisir ♣ Aucune difficulté de séparation ♣ saisit très vite du fonctionnement des séances ♣ S'installe à la table dès son entrée 	<ul style="list-style-type: none"> ♣ Dit bonjour de manière approprié ♣ Peut même ajouter « comment ça va ? » ♣ Mais production assez stéréotypée, prosodie plaquée ♣ Présence de jargon ++ (sur le chemin de la salle) 	<ul style="list-style-type: none"> ♣ Ne remarque pas la présence des autres enfants ♣ Aucun regard adressé ♣ Comme s'ils n'étaient pas là ♣ Aucune interaction initiée de la part de Louis (n'interpelle pas ses pairs) ♣ Sollicitations de l'adulte +++

Outils d'évaluation diagnostic	description		Qualités métriques
ADI-R : autism Diagnosis interview revised	<p><u>Auteurs</u> : C.Lord, M.Rutter et A.Lecouteur en 1994 Et traduit en français par B.Rogé</p> <ul style="list-style-type: none"> • guide d'entretien semi-structuré avec les parents : recueil d'informations sur les comportements de l'enfant • Durée de 2 heures environ • Référence : CIM 10 ou DSM-IV-TR • A associer à l'ADOS-G • Formation et entraînement spécifique de l'examineur • à partir de 3ans 		<ul style="list-style-type: none"> - sensible - spécifique - discriminatif du retard mental et des troubles spécifiques du langage (4-5 ans)
ADOS-G : autism diagnostic observation schedule-generic	<p><u>Auteur</u> : C.Lord et al 1989 Traduit et validé par B.Rogé</p> <ul style="list-style-type: none"> • = outil d'observation semi structuré composé de 4 modules, choisis en fonction du niveau de langage et de développement de la personne : <p>Module 1= pour les enfants peu verbaux ou non verbaux Modules 2 et 3 = niveaux intermédiaires Module 4= pour les adolescents et les adultes avec un niveau de langage élaboré.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durée entre 30 et 40 min • Références : CIM 10 ou DSM-IV-TR (recueil d'informations relatives aux critères diagnostiques) • A partir de 2ans* 		<ul style="list-style-type: none"> - Bonnes qualités métriques - Discriminatif des TLSO
CARS : childhood autism rating scale	<p><u>Auteurs</u> : E.Scholper et al 1980 Traduite et adaptée en français par B.Rogé</p> <ul style="list-style-type: none"> • = échelle diagnostic • Permet d'apprécier le degré de sévérité des troubles autistiques • Observation de la personne dans la vie quotidienne • 14 domaines observés (habituellement perturbés à des niveaux variables dans l'autisme) • Chaque item est noté de 1 (score normal) à 4 (sévérité maximale) • A partir de 2ans* 		<ul style="list-style-type: none"> - Sensible - Manque de spécificité car sensible au retard mental (sur-inclusion)
	Attention	Expressivité	Relation aux pairs
	Participation à l'activité	Communication verbale	
	Comportement	Communication non verbale	
Regroupement initial	<ul style="list-style-type: none"> ♣ Vient en séance sans difficultés et avec plaisir ♣ Aucune difficulté de séparation ♣ saisit très vite du fonctionnement des séances 	<ul style="list-style-type: none"> ♣ Dit bonjour de manière approprié ♣ Peut même ajouter « comment ça va ? » • Moins production vocale 	<ul style="list-style-type: none"> ♣ Ne remarque pas la présence des autres enfants ♣ Aucun regard adressé ♣ Comme s'ils n'étaient pas là • Aucune interaction initiée de

ANNEXE N°5 : Tableau n° 4 :

Points de vigilance prioritaire dans le domaine de la communication en fonction du profil langagier (Céline Garrigou, chapitre 5 « le développement de la sphère sociocommunicative dans un contexte de trouble du spectre au autistique », *Autisme et psychomotricité*, 2013)

Outils d'évaluation diagnostic	description	Qualités métriques	
ADI-R : autism Diagnosis interview revised	<p><u>Auteurs</u> : C.Lord, M.Rutter et A.Lecouteur en 1994 Et traduit en français par B.Rogé</p> <ul style="list-style-type: none"> • guide d'entretien semi-structuré avec les parents : recueil d'informations sur les comportements de l'enfant • Durée de 2 heures environ • Référence : CIM 10 ou DSM-IV-TR • A associer à l'ADOS-G • Formation et entraînement spécifique de l'examinateur • à partir de 3ans 	<ul style="list-style-type: none"> - sensible - spécifique - discriminatif du retard mental et des troubles spécifiques du langage (4-5 ans) 	
ADOS-G : autism diagnostic observation schedule-generic	<p><u>Auteur</u> : C.Lord et al 1989 Traduit et validé par B.Rogé</p> <ul style="list-style-type: none"> • = outil d'observation semi structuré composé de 4 modules, choisis en fonction du niveau de langage et de développement de la personne : <p>Module 1= pour les enfants peu verbaux ou non verbaux Modules 2 et 3 = niveaux intermédiaires Module 4= pour les adolescents et les adultes avec un niveau de langage élaboré.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durée entre 30 et 40 min • Références : CIM 10 ou DSM-IV-TR (recueil d'informations relatives aux critères diagnostiques) • A partir de 2ans* 	<ul style="list-style-type: none"> - Bonnes qualités métriques - Discriminatif des TLSO 	
CARS : childhood autism rating scale	<p><u>Auteurs</u> : E.Scholper et al 1980 Traduite et adaptée en français par B.Rogé</p> <ul style="list-style-type: none"> • = échelle diagnostic • Permet d'apprécier le degré de sévérité des troubles autistiques • Observation de la personne dans la vie quotidienne • 14 domaines observés (habituellement perturbés à des niveaux variables dans l'autisme) • Chaque item est noté de 1 (score normal) à 4 (sévérité maximale) • A partir de 2ans* 	<ul style="list-style-type: none"> - Sensible - Manque de spécificité car sensible au retard mental (sur-inclusion) 	
	Attention Participation à l'activité Comportement	Expressivité Communication verbale Communication non verbale	Relation aux pairs
Regroupe-ment	♣ Vient en séance sans difficultés et avec plaisir	♣ Dit bonjour de manière approprié	♣ Ne remarque pas la présence des autres enfants

ANNEXE N°6 : Séquence développementale utilisée dans l'ESDM

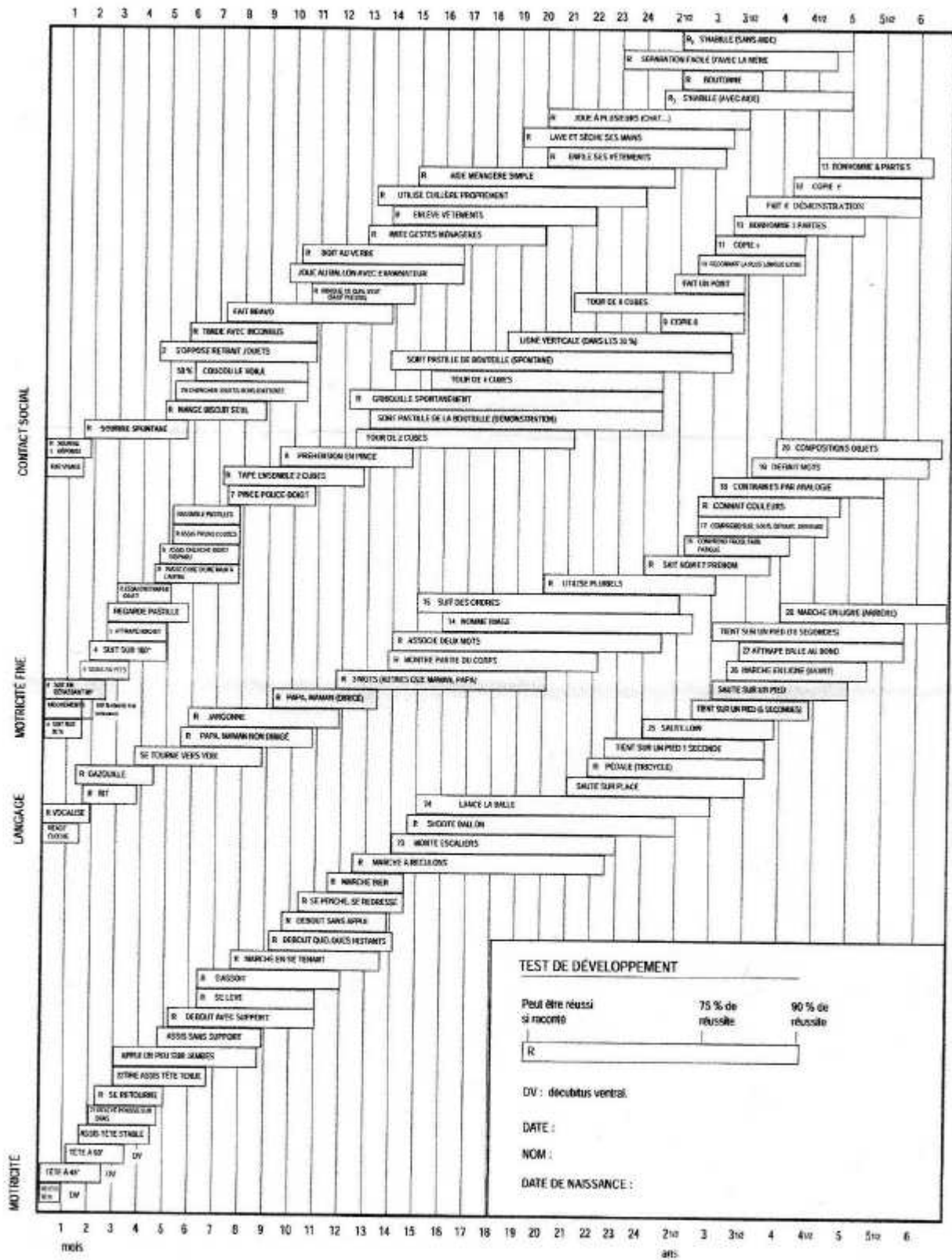
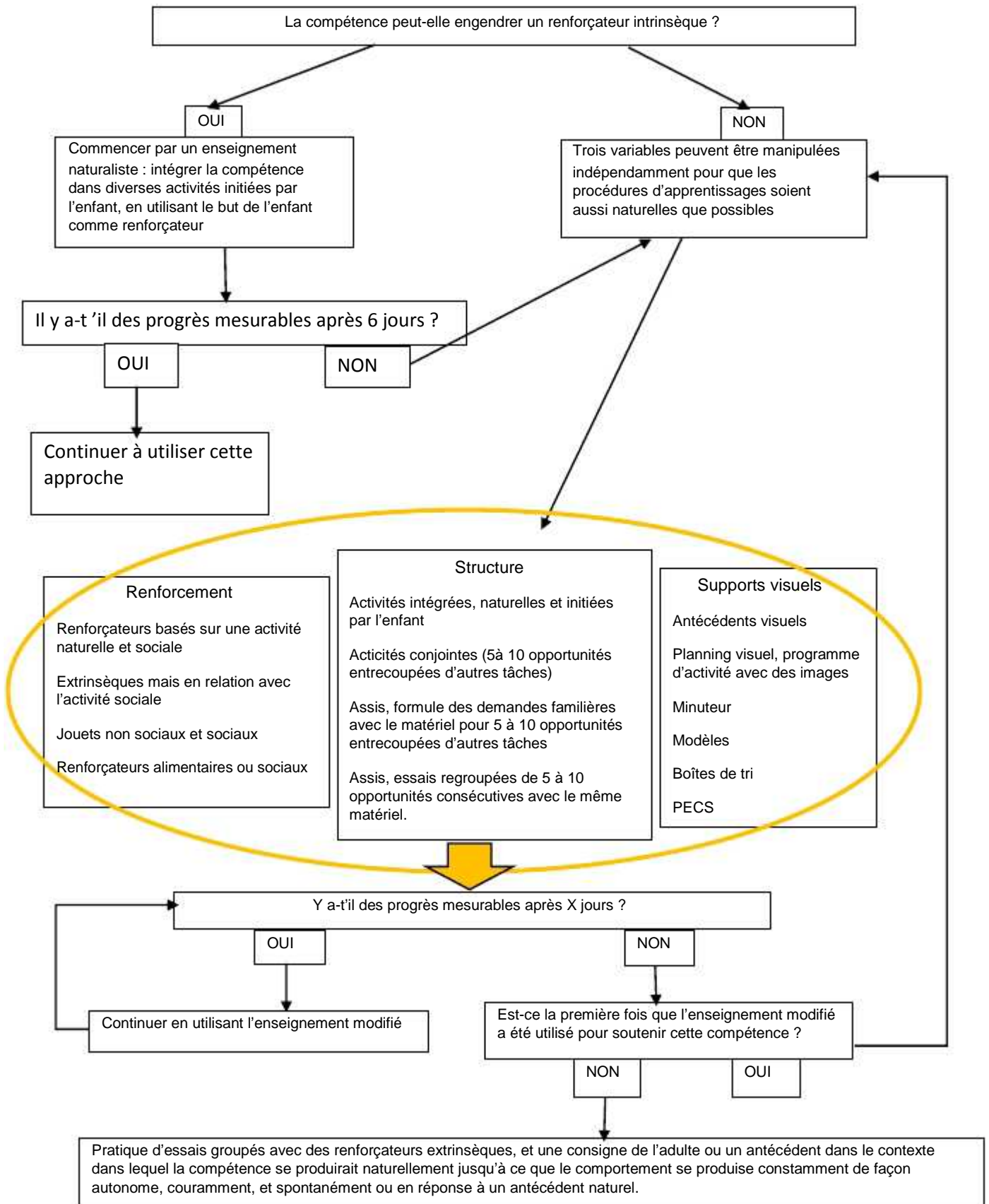


Figure 1. Test de Denver permettant d'évaluer le niveau de l'enfant dans les différents domaines du développement.

ANNEXE N°7 : arbre de décision pour choisir les procédures d'apprentissages initiales dans l'ESDM



ANNEXE N°8 : documents chiffrés sur l'évolution de la prise en charge d'enfant avec autisme au CAMSP

ANNEXE N°9 : illustration photographique de la prise en charge de Louis

1^{er} temps : activités à la table dans un cadre structuré

2^e temps : temps moteur

ANNEXE N°10 : illustration photographique de la prise en charge de Noah

1^{er} temps : activités à la table

2^e temps : la parcours

Concrétisation du parcours, prendre une forme dans le pot (sur la chaise) et aller la mettre dans l'autre pot

3^e temps : retour au calme