

D.U. Troubles des Apprentissages, Dr Michel Habib, Avril 2010

- Intervention de **Carole Tardif**, sur l'**AUTISME**,  
Professeur de Psychopathologie Développementale,  
UFR de Psychologie, Université de Provence, Aix-Marseille I  
Centre PsyClé: Centre de recherches en Psychologie de la Connaissance, du Langage et  
de l'Emotion, EA 3273  
Psychologue spécialisée dans les troubles du développement

*Lecture indicative:*

TARDIF Carole et GEPNER Bruno (2007). **L'Autisme**. Paris: Armand Colin.

Gepner & Tardif. Le monde va trop vite pour l'enfant autiste. *La Recherche*, D.c. 2009.

*Centre PsyCLÉ EA 3273*

Centre de Recherches en Psychologie de la Connaissance du Langage et de l'Emotion  
Centre for Research in Psychology of Cognition, Language and Emotion



## AUTISME

**Un syndrome unique  
Des profils multiples  
Une terminologie évolutive**

### AUTISME – TED/PDD – TSA/ASD (DSM IV-TR, CIM-10)

- **Altérations qualitatives de la communication verbale et non verbale, des interactions sociales**
- Champ d'intérêts et de comportements restreint et répétitif
- Apparition des symptômes avant l'âge de 3 ans

#### **Des profils différents**

- +/- Retard mental
- +/- Retard de langage
- +/- Pathologies associées (co-morbidité)
- +/- Intensité, Fréquence, Sévérité, des troubles

Mais toujours un trouble majeur des  
**interactions, communications  
et cognitions sociales**  
*Un handicap pour la vie en Société*

- **Diversité des symptômes** (*variabilité inter- et intra-individuelle forte*)
- **Diversité des formes exprimées** (*autismeS, spectre autistique, continuum*)
- **Diversité des causes** : *syndrome d'origine polygénique & multifactorielle*



'modèle d'interaction gènes-environnements'

**Diversité** des personnes = ' *un noyau syndromique (triade classique) à plusieurs réalités* '

Autistic Spectrum Disorders, ASD/TSA

- **Autisme = 1 \_ 2 sur 1 000**
- **D\_sordres du spectre autistique = 1 sur 165 = probl\_me de sant\_ publique**

### **Années 1990-2010**

- Syndrome neuro-développemental précoce
- Complexité génétique reconnue
- Co-morbidité fréquente
- Prévalence importante : 350 000 à 600 000 personnes TED en France (?? chiffres !!)
- Création des CRA (2005)
- Plan autisme, circulaires, lois, expertises, recommandations, avis du CNE, livre blanc ... **sous l'impulsion des associations de familles**

**Difficult\_s d'interactions sociales  
et de communication :  
les faits**

- Développement retardé/ralenti & déviant, mais présent : chercher les potentialités
- Pas de déficit absolu : processus dynamique évolutif vie entière.
- Diagnostic précoce & rééducation :  
plasticité du cerveau et circuits de substitution + effet positif de la rééducation.

## Signes précoces

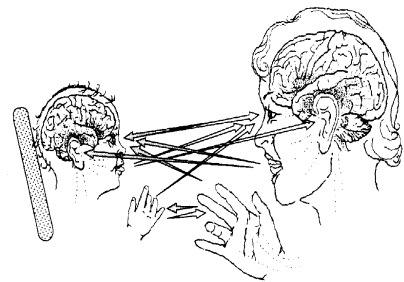
### Films familiaux

- Anomalies du regard : défaut de contact visuel, regard vide, défaut de poursuite oculaire des objets ou des personnes en mouvement
- Défaut d'attention aux personnes (visages)
- Intérêt particulier pour les mains, les détails, les formes statiques
- Balancements, jeux de doigts ou de mains devant les yeux

### Observations cliniques du trouble social précoce

- Absence d'attitudes anticipatrices (gestes)
- Défaut dans l'utilisation des regards
- Anomalie de l'attention puis attention conjointe
- Défauts perceptifs (visuel, auditif, tactile)
- Inadéquation des mimiques, des sourires, des vocalisations, des expressions faciales / motions
- Inaptitude pour les jeux d'échanges et symboliques

Faible partage émotionnel et intérêt social  
Problème d'intersubjectivité (Stern)



**Intersubjectivité: échanges de regards, de mouvements rythmiques de la face, des mains, imitations = système élémentaire de communication**  
qui conditionne le développement ultérieur d'autres fonctions

- Problèmes d'ajustements posturo-moteurs et d'anticipation chez l'enfant  
= **facteurs de risque**



- Difficile mise en place de l'**intersubjectivité** primaire, puis secondaire (Trevarthen)

modèle de **Rogers et Pennington** (1991),  
réf. **Stern, Trevarthen** intersubjectivité

**Intérêt d'un modèle intégratif**

Autisme =  
Déficits primaires de la théorie de l'esprit, du  
partage émotionnel, et de l'imitation

**Défaut d'intersubjectivité =  
Echec de l'entrée dans le partage social**

**déficit majeur présent sur tout le continuum  
autistique et très précocement**



**Conséquence des anomalies sensorielles**

**Observation des marqueurs  
d'une interaction sociale atypique**

- Pb de **réciprocité** dans les échanges interindividuels
- Pb de **compréhension** des codes sociaux
- Pb d'**initiative et de maintien** de comportements sociaux et émotionnels appropriés
- Pb d'**ajustement** en fonction de la variété des contextes, de la diversité des personnes, de la pertinence des indices
- Pb de **communication sociale** y compris quand le langage est acquis

**Ceci est toujours présent chez les personnes avec TED**

«

*Témoignage:*

« Etre autiste ne signifie pas être indifférent (...) Les interactions sociales incluent des choses que la plupart des gens connaissent sans avoir à les apprendre. J'ignore comment faire cela. (...)

Je ne suis pas conscient des indices sociaux, ou, si parfois je les remarque, je ne sais pas ce qu'ils signifient. Et, même si je peux dire ce que signifient les indices, je peux ne pas savoir comment y réagir (...).

Dans le domaine social, il y a une foule de chose que je ne comprends pas à moins que quelqu'un ne me les explique ».

*Jim Sinclair (in Schopler & Mesibov, 1992, p. 294-302).*

**Autisme :  
\_valuer et intervenir**

Importance d'évaluer :

**Les problèmes d'interaction sociale** en repérant les marqueurs, les indices, dès la première enfance

CAR

**Un diagnostic avant 3 ans s'avère stable par la suite** (Gillberg et al. 1990, Lord 1995, Fombonne 2000)

**par identification de marqueurs stables**  
Sensibles, Spécifiques, Valides (Lord et Risi, 2000)

**Précocité du Diagnostic = Précocité des prises en charge = Remédiations plus efficaces**

Jouer sur la plasticité cérébrale au niveau des cortex sensoriels, moteurs, associatifs et sur les systèmes de compensation

**La plasticité du cerveau en développement peut être modulée par 3 types de facteurs** (Gressens, 2001) :

- les propriétés intrinsèques des neurones
- **les stimulations environnementales et les rééducations**
- certains agents pharmacologiques

**Evaluation = Démarche pluri-disciplinaire et multi-dimensionnelle**

- Partir d'un **Diagnostic médical** précis et étayé (médecin)
- Affiner ce diagnostic par un **Bilan Clinique** détaillé et documenté = reflet du développement et du fonctionnement actuel de l'enfant (bilan du psychologue *complété par* bilan de: orthophoniste, psychomotricien, éducateur, instituteur, infirmier...)
- Fixer les **axes d'interventions** pour une **Prise en charge cohérente et unifiée**, par les professionnels, autour de l'enfant et de sa famille

**Accompagnement enfant/famille  
Projet Individualisé pour l'Enfant  
Association du Soin et de l'Education**

**EVALUATION = une démarche progressive qui comprend :**

- Repérage des signes d'autisme et mesure de leur intensité  
(outils : DSM / CIM + CARS, ADI, ADOS, ECA...+ entretiens avec les parents, films familiaux...)

*Un diagnostic précis et précoce évite l'errance des familles, le retard d'un accompagnement adéquat pour l'enfant ...*

Diversité des symptômes=impératif d'évaluer

- Troubles des interactions sociales et communicatives :  
*quelles fonctions altérées ? attention, imitation, ToM, fonctions exécutives, langage (pragmatique)...?*
- Retard mental (*quel degré de retard ?*)
- Troubles sensoriels et perceptifs (*hyper- ou hypo-réactivité ? quel sens touché: vision, audition...?*)
- Troubles moteurs (*quels pbs: posture, coordination, motricité fine...?*)
- Troubles des apprentissages
- ...etc ...

**Trouble social = déficit central toujours présent *mais* variable**

- ☛ Ne jamais oublier l'**hétérogénéité** des individus avec ASD
- ☛ Donc, **ne jamais supposer** que leur déficit interactif et communicatif est semblable
- ☛ Pour cela, et afin de **ne jamais sous-estimer ou sur-estimer** leur potentiel, **évaluer** leurs compétences sociales, interactives, communicatives ...

➤ Repérage du *niveau de développement, de fonctionnement* de l'enfant = **Bilan Psychologique**

- **Observation** systématique de l'enfant en situations diverses
- **Entretien** approfondi avec la famille & l'enfant
- **Passation** d'épreuves psychométriques (PEP-R, Vineland, ECSP...)
  - ↳ Evaluer différents domaines fonctionnels: cognitif, social, communicatif, adaptatif, perceptif, émotionnel...

## Objectifs de l'Evaluation

- Aboutir à un portrait/profil individuel prenant en compte les spécificités individuelles
- Comprendre le degré de gravité du handicap en comparaison au développement normal (enfant typique)
- Mesurer le niveau de développement pour développer des moyens adaptés
- Evaluer régulièrement = faire le point sur les suivis et les réactualiser/réajuster

## Evaluation avec (entre autres) :

- Observations en milieu naturel (activités libres et structurées, partenaires familiaux et non familiaux)
- C.H.A.T. et M-CHAT (Baron Cohen et al.)
- ECSP (Guidetti et Tourrette)
- BECS (Adrien)
- Echelles de Vineland (Sparrow et al.)
- PEP-3 (Schopler et al.)
- Tests 'classiques' (EDEL, K-ABC, BL, Raven, Wechsler...)

## C.H.A.T. (Checklist for Autism in Toddlers)

1. Votre enfant prend-il plaisir à être balancé ou à ce qu'on le fasse sauter sur les genoux ? (jeu physique)
2. Votre enfant s'intéresse-t-il à d'autres enfants ? (intérêt social)
3. Votre enfant aime-t-il grimper, escalader les escaliers ? (dév. moteur)
4. Votre enfant prend-il plaisir à jouer à coucou ou à chercher un objet ? (jeu social, réciprocité)
5. Votre enfant a-t-il déjà joué à la dinette ? Par ex. faire semblant de verser du café (faire-semblant)
6. Votre enfant a-t-il déjà utilisé l'index ou tendu la main pour demander quelque chose ? (pointage proto-impératif)
7. Votre enfant a-t-il déjà pointé de l'index pour montrer son intérêt pour quelque chose ? (pointage proto-déclaratif)
8. Votre enfant joue-t-il de façon adaptée avec de petits jouets (cubes, voitures) sans se contenter de les mettre à la bouche, les manipuler ou les jeter ? (jeu fonctionnel)
9. Votre enfant vous a-t-il déjà rapporté des objets ou jouets pour vous les montrer ? (attention conjointe)

**Echelle de Communication Sociale Précoce  
(ECSP, de Guidetti et Tourrette)**

Évaluation de :

- l'interaction sociale
  - l'attention conjointe
  - la régulation du comportement
- \*\*Voir comment l'enfant *initie et maintient* ces 3 fonctions communicatives lors de situations interactives à base de jouets et jeux.

**Evaluations**

- **PEP-R / PEP - 3**

- **Vineland**

– Et autres tests ou épreuves complémentaires

**PEP = Profil PsychoEducatif (Schopler et al.)**

Echelle de Développement en 7 domaines:

IMITATION ; PERCEPTION ; MOTRICITE  
FINE MOTRICITE GLOBALE ;  
COORDINATION OCULO-MANUELLE ;  
PERFORMANCES COGNITIVES ;  
COGNITIONS VERBALES-LANGAGE.

Cotation: Réussite / Emergence / Echec  
R = Age de développement atteint ; Niveau  
développemental acquis  
Emergence → ZPD

**PEP = Profil PsychoEducatif**

Echelle de Déviance :

- met en évidence des comportements '*inhabituels, bizarres, atypiques, déviants*'.
- dans 4 domaines : Relations sociales et affects ; Jeu et intérêt pour le matériel ; Réponses sensorielles ; Langage.
- cotation selon 3 niveaux: comportement *absent* ; *légèrement à modérément* déviant ou atypique; *sévèrement* déviant.



**Vineland Adaptive Behavior Scale = VABS**  
(Sparrow et al.)

**Echelle d'évaluation du comportement adaptatif**

- *comportement adaptatif* = ensemble des activités quotidiennes dont la réalisation est nécessaire au maintien de l'autonomie personnelle et sociale (maturité sociale, compétence sociale).
- de 0 à 18 ans (et +, si RM, handicap...)
- items de complexité croissante et fonction de l'âge du sujet
- entretien semi-directif avec un tiers (le + informatif)
- donne un « *âge équivalent* » : l'enfant se comporte comme un enfant d'un âge équivalent à ...

**... VABS ...**  
**... domaines évalués ...**

- **COMMUNICATION** : réceptive ; expressive ; écrite
- **AUTONOMIE** : personnelle ; domestique ; dans la communauté
- **SOCIALISATION** : relations interpersonnelles ; loisirs ; capacités d'adaptation
- **MOTRICITE** : fine ; globale

**Evaluations plus spécifiques avec :**

- Epreuves de mesure de la ToM (issues des travaux de Baron-Cohen et al.)
- Epreuves de reconnaissances des visages (issues des travaux d'Hobson et al.)

2 modèles explicatifs  
des problèmes d'interaction sociale dans l'autisme

**Pluralité des Evaluations :**

- démarche multidimensionnelle indispensable pour :
- **Obtenir un Profil Développementale** précis de l'Enfant (déficits, capacités, émergences) dans les principales sphères dev.
- **Connaitre le Niveau de Fonctionnement** de l'Enfant dans les activités quotidiennes et **ses intérêts et motivations** en contexte naturel  
Entretiens familiaux et anamnèse ,  
Examen clinique et observation minutieuse de l'enfant dans différents contextes (avec visualisation de films familiaux, travail en équipe, cotation d'indices fins),  
Echelles et outils psychométriques adaptés (PEP-R, Vineland, ECSP, EDEI, BL, épreuves psycho-socio-cognitives, épreuves d'adaptation sociale, épreuves socio-communicatives, ...)

**... de ce Recueil de Données ⇒ Elaboration du Profil Psycho-socio-cognitif de l'Enfant ⇒ du Projet Individualisé ⇒ de la Mise en Place des Interventions**

Pour mettre en place le Projet de l'Enfant, prendre en compte :

- ✓ l'hétérogénéité du développement et la grande variabilité de fonctionnement de l'enfant selon les domaines de développement :
- *cognitif,*
- *social, émotionnel, affectif,*
- *communicatif,*
- *psychomoteur, sensoriel et perceptif*
- ✓ ses points forts et faibles ; ses émergences (Vygotsky et le tutorat / étayage) ; ses atypicalités ; sa personnalité ; ses intérêts
- ✓ sa compréhension et son adaptation en fonction des contextes
- ✓ sa façon de traiter l'information
- ✓ le mode de vie de la famille et ses choix
- **Considérer l'enfant dans sa totalité**
- **Penser à sa qualité de vie**

## Le PEI

Se base sur :

- Les aptitudes : « Où en est-on aujourd'hui avec cette personne ? »
- Objectifs : « Jusqu'où veut-on l'amener ? »
- Les buts plus concrets et plus précis : « Comment y parvenir ? »
- Moyens pratiques : « Comment y travailler ? »
- Les mesures d'accompagnement (comment, où, avec qui, avec quoi?)

Se réévalue régulièrement

Se travaille en lien avec les partenaires

### Diversité des Prises en Charge

- **Orthophonie :**  
car le déficit central touche la communication V et NV
- **Psychomotricité :**  
car problèmes d'imitation motrice, de perceptions, et d'intégration / modulation sensorielle
- **Education et Pédagogie spécialisée :**  
car problèmes multiples d'apprentissages et de comportements (en cognition, jeu et loisir, autonomie...)
- **Thérapies d'échange, de jeux, remédiations... :**  
car problème de relations, d'interactions sociales et d'initiatives partagées

Diversité mais unicité du but à atteindre: donner du sens aux informations et à l'environnement ds lequel l'enfant évolue

- *Pas Une Thérapie ou Une Stratégie ou une Méthode Unique, mais un Besoin de Coordination des Interventions des différents Spécialistes auprès de l'Enfant **alliant** Soin/Thérapie, Education/ Remédiation*
  - *Pas Une Technique ou Un Programme d'Intervention plus qu'Un autre, mais Une Approche comprenant une Philosophie et une Méthodologie de Travail convergentes avec des Professionnels formés et interagissant ensemble*
- ➔ *éviter le morcellement d'interventions multiples non concertées et non coordonnées et donc le sur-handicap et la mésadaptation de l'enfant*

### Plusieurs m\_thodes possibles

- Reprise de certains aspects de l'approche TEACCH (Schopler et al.) pour structurer visuellement espace et temps. anticiper=calmer
- Les TED (Lelord et coll.) pour la communication sociale, les interactions, le partage
- M\_thode du Floor Time (Greenspan): aide au d\_veloppement social et \_motionnel de l'enfant
- Les sc\_narios sociaux (Gray) pour la r\_habilitation sociale via la ToM
- Les mod\_les de Denver (Rogers et Dawson) Åc