

AUTISME

Part I

Vers Une Définition de l'Autisme

A. La découverte de l'autisme

B. Différentes explications

C. Apparition du terme TED

D. Deux conceptions différentes: l'européenne et l'américaine

E. Définition

F. Prévalence et troubles associés

G. Causes

I. Historique et définition

A. La découverte de l'autisme

En 1943, Leo Kanner, psychiatre américain, publie un article décrivant 11 enfants présentant un ensemble de symptômes particuliers, qu'il regroupe en sept caractéristiques essentielles:

- # - la solitude;
- # - des obsessions pour des routines;
- # - une mémoire extraordinaire;
- # - l'écholalie;
- # - la sensibilité aux stimuli;

- une gamme d'intérêts limitée;

- une intelligence normale. Kanner a attribué la présence de l'autisme principalement à l'attitude et à la qualité des contacts des parents envers leurs enfants. Cependant, il n'a pas exclu la possibilité que certains éléments caractéristiques des parents aient pu passer, de façon héréditaire, chez les enfants.

Un an plus tard, en 1944, et de façon totalement indépendante, un médecin autrichien du nom de Hans Asperger publie une description d'un groupe de 4 enfants présentant ce qu'il appelle "une psychopathologie autistique". Un certain nombre d'éléments du fonctionnement de ces enfants peut s'apparenter à ceux du groupe de Kanner (le retrait social, les stéréotypes au niveau du langage et du mouvement, une résistance aux changements et un intérêt particulier pour certains objets ou sujets). Toutefois, deux aspects diffèrent: tandis que les enfants du groupe de Kanner avaient un langage très réduit, tous ceux du groupe d'Asperger s'expriment bien et ils sont, de plus, un peu maladroits en terme de motricité globale.

Chacun des deux auteurs a emprunté le terme "autistique" à Eric Bleuler qui, dans un article en 1908, s'était servi de ce terme pour parler du retrait social qu'il avait observé chez un groupe d'adultes schizophrènes. Cependant, ni Kanner ni Asperger n'ont associé l'autisme à la schizophrénie (bien qu'ils le considéraient comme une psychopathologie): en effet, l'autisme se distinguait, pour eux, par trois éléments: le problème se présente en bas âge, la sévérité du problème semble diminuer un peu avec l'âge et aucun client n'avait rapporté d'hallucinations.

- En 1966, Andreas Rett rapporte avoir identifié 22 personnes, toutes des filles, qui présentent un ensemble de comportements de type autistique, mais suite à une régression après les cinq ou six premiers mois de leur vie, période pendant laquelle leur développement avait été normal.

B. Différentes explications

Après cette période de découverte, vint une période d'explication, ou plutôt de tentatives d'explication. Dans les années 50, Bruno Bettelheim eut beaucoup d'influence avec une théorie qui expliquait les caractéristiques des enfants autistiques par la nature de l'interaction mère/enfant. Il avança la théorie de la "mère-réfrigérateur". De son point de vue, un enfant devient autistique parce qu'il ne peut supporter son environnement menaçant qui manque d'amour. Kanner fut tellement influencé lui-même par cette interprétation psychogénétique qu'il cessa de considérer la possibilité d'une composante héréditaire de l'autisme.

Le terme "autisme" apparaît pour la première fois en 1968, dans la deuxième édition du manuel de diagnostic et de classification des troubles mentaux (DSM-II), de l'association

psychiatrique américaine. L'autisme y est classifié comme la "schizophrénie infantile" et les termes "psychose symbiotique" et "psychose infantile" ont été employés comme synonymes.

Cependant, les années 60, sont une période de questionnement sur les causes de l'autisme. En 1968, également, paraît un article qui marque le début du changement dans la façon de concevoir l'autisme et qui va vers ce qui est accepté de nos jours. Michael Rutter y publie les résultats d'une analyse exhaustive de la littérature sur l'autisme et les symptômes qui y sont associés. Il propose que ces symptômes soient regroupés en trois grandes catégories:

- # - un manque d'intérêt à socialiser avec les autres personnes;
- # - des perturbations de communication plutôt au niveau qualitatif que quantitatif;
- # - un manque d'imagination manifesté par des intérêts très limités ou des comportements rituels. Rutter a de plus été le premier à spécifier que l'apparition de ces symptômes devait se faire avant l'âge de 3 ans. Au cours des années 70, l'idée fait, petit à petit, son chemin que l'autisme n'est plus une seule entité. En 1979, Lorna Wing propose que l'autisme soit un trouble parmi d'autres, dont le coeur des problèmes se situe au niveau de troubles de socialisation, de langage et d'intérêt/comportement.

C. Apparition du terme TED

En 1980, dans la troisième version du DSM, on voit apparaître le reflet de ce changement de perception. L'autisme s'appelle maintenant "l'autisme infantile" et est regroupé, avec trois autres troubles, dans une nouvelle rubrique intitulée "troubles envahissants du développement" (TED). Les TED sont définis comme un groupe de troubles sévères et précoces, caractérisés par des retards et des déformations du développement des habiletés sociales, cognitives et du développement de la communication.

Le DSM-III-R, publié en 1987, regroupe les troubles faisant partie des TED, les faisant passer de quatre à deux: l'autisme et les TED non spécifiques. Pour la première fois, les critères utilisés pour poser le diagnostic sont concrets et opérationnels.

En 1994, le DSM-IV positionne l'autisme comme un trouble parmi quatre autres de la catégorie TED. Aujourd'hui, font partie des TED: - l'autisme;

- - le syndrome de Rett;

- - les troubles désintégratifs de l'enfance (syndrome de Heller), aussi appelés démence infantile ou psychose désintégrative;
- - le syndrome d'Asperger;
- # - les troubles envahissants du développement non spécifiques. Cette classification représente un consensus surtout américain, puisque la Classification Internationale des Maladies élaborée par des experts européens propose, dans sa dixième édition (CIM-10), huit sous-catégories pour les TED:
- # - l'autisme infantile;
- # - l'autisme atypique;
- # - le syndrome de Rett;
- # - le syndrome d'Asperger;
- # - les troubles désintégratifs de l'enfance; - les troubles d'hyperkinésie associés à la déficience intellectuelle et des mouvements stéréotypiques;
- # - les autres troubles envahissants du développement;
- # - les troubles envahissants du développement non spécifiques. Nous pouvons retenir de cette différence qu'à défaut de s'entendre sur la classification et l'organisation des sous-catégories, les deux systèmes de classification tombent d'accord sur la notion des TED. Cette notion est l'aboutissement d'un processus d'évaluation de l'ensemble des symptômes présentés non seulement par des gens ayant la symptomatologie de l'autisme, mais également des gens présentant une symptomatologie semblable. Le résultat est l'identification de d'autres troubles regroupés dans la même grande catégorie.

D. Deux conceptions différentes: l'europpéenne et l'américaine

Il est utile de noter que le point de vue américain diverge de l'europpéen quant aux critères de classification utilisés pour établir un diagnostic, avec un impact sur l'intervention subséquente. La communauté médicale française a sa propre classification des maladies mentales (qui situe l'autisme dans la catégorie générale des psychoses infantiles (CCNE, 1996)) et n'utilise pas les classifications diagnostiques internationales reconnues par la communauté scientifique comme validées et fiables.

Il n'y a pas de concordance entre les descripteurs principaux des différentes classifications. La majorité des psychiatres français privilégie l'hypothèse de l'origine psychogénétique et dirige ainsi les enfants vers le secteur psychiatrique avec une prise en charge d'inspiration psychanalytique. Au Québec, nous suivons au contraire le modèle américain.

Bien que le diagnostic doit être posé par un psychiatre, l'hypothèse de l'origine organique des troubles du développement y est plus largement acceptée et les enfants tendent

plutôt à bénéficier d'une éducation spécialisée spécifique à leurs caractéristiques en leur permettant de s'épanouir au maximum de leur personnalité.

E. Définition

La définition de l'autisme, selon le DSM-IV (1996, p.79), est mondialement reconnue (sinon utilisée). Les caractéristiques essentielles en sont "un développement nettement anormal ou déficient de l'interaction sociale et de la communication, et un répertoire considérablement restreint d'activités et d'intérêts. Les manifestations du trouble varient largement selon le stade de développement et l'âge chronologique" de la personne.

Les critères diagnostiques du Trouble autistique (toujours selon le DSM-IV, sous le code 299.00) se retrouvent dans trois sphères et douze éléments:

A) Un total de six (ou plus) parmi les éléments décrits en (1), (2) et (3), dont au moins deux de (1), un de (2) et un de (3):

(1) altération qualitative des interactions sociales, comme témoignent au moins deux des éléments suivants:

(a) altération marquée dans l'utilisation, pour réguler les interactions sociales, les comportements non verbaux multiples, tels que le contact oculaire, la mimique faciale, les postures corporelles, les gestes;

(b) incapacité à établir des relations avec les pairs correspondant au niveau de développement;

(c) le sujet ne cherche pas spontanément à partager ses plaisirs, ses intérêts ou ses réussites avec d'autres personnes (par ex: il ne cherche pas à montrer, à désigner du doigt ou à apporter les objets qui l'intéressent);

(d) manque de réciprocité sociale ou émotionnelle.

(2) altération qualitative de la communication, comme en témoigne au moins un des éléments suivants:

(a) retard ou absence totale de développement du langage parlé (sans tentative de compensation par d'autres modes de communication, comme le geste ou la mimique);

(b) chez les sujets maîtrisant suffisamment le langage, incapacité marquée à engager ou à soutenir une conversation avec autrui;

(c) usage stéréotypé et répétitif du langage, ou langage idiosyncrasique;

(d) absence d'un jeu de "faire semblant" varié et spontané, ou d'un jeu d'imitation sociale correspondant au niveau de développement.

(3) caractère restreint, répétitif et stéréotypé des comportements, des intérêts et des activités, comme en témoigne au moins un des éléments suivants:

(a) préoccupation circonscrite à un ou plusieurs centres d'intérêts stéréotypés et restreints, anormale soit dans son intensité, soit dans son orientation;
(b) adhésion apparemment inflexible à des habitudes ou à des rituels spécifiques et non fonctionnels;

(c) maniérismes moteurs stéréotypés et répétitifs (par ex: battements ou torsions des mains ou des doigts, mouvements complexes de tout le corps);

(d) préoccupations persistantes pour certaines parties des objets.

B) Retard ou caractère anormal du fonctionnement, débutant avant l'âge de trois ans, dans au moins un des domaines suivants: (1) interactions sociales, (2) langage nécessaire à la communication sociale, (3) jeu symbolique ou d'imagination.

C) La perturbation n'est pas mieux expliquée par le diagnostic de Syndrome de Rett ou de Trouble désintégratif de l'enfance.

F. Prévalence et troubles associés

Selon le DSM-IV (1996), les études démontrent que de 2 à 5 cas d'autisme apparaissent pour 10,000 personnes. L'ANDEM (Agence Nationale pour le développement de l'Évaluation médicale) de France parle plutôt d'un taux de prévalence de 4 à 5.6 . Dans la plupart des cas, il existe un diagnostic associé de déficience intellectuelle, dont la fréquence et la gravité varient selon les auteurs. Selon Goldberg (1986) , 85 % des enfants atteints d'autisme auraient également une déficience intellectuelle, la plupart du temps grave, alors que le DSM-IV, parle de 75% des enfants autistes qui auraient une déficience mentale associée, qui serait habituellement de sévérité moyenne (Q.I. 35-50) . Tous s'entendent pour dire que l'autisme touche plus souvent les garçons que les filles, dans une proportion de quatre à cinq hommes pour une femme, sauf l'ANDEM pour qui le "sex ratio" serait de 3 pour 1. Les variations rapportées par les études françaises peuvent s'expliquer par les différences dans la définition et la classification retenue.

G. Les causes

Les opinions varient sur l'origine de l'autisme, bien que la plupart s'entendent pour dire que les causes sont multiples (CCNE, 1996, p.10). Il y a grosso modo deux théories sur

l'origine de l'autisme: l'hypothèse psychogénétique (privilégiée en France, comme nous l'avons vu), et l'hypothèse organique (plutôt envisagée ici en Amérique du Nord).

Selon le CCNE (1996, p.8), la théorie psychanalytique de l'hypothèse psychogénétique explique l'autisme par une dysharmonie dans les interactions précoces entre la mère et l'enfant. Le syndrome autistique serait une modalité particulière d'organisation psychique en réponse à ce dysfonctionnement.

La théorie psychanalytique a été développée dans les années 50, à une époque où l'on ne disposait pas des moyens actuels d'investigation du système nerveux central. Cette théorie n'a pas été construite sur des données scientifiques, mais elle s'appuie sur des études de cas et propose des modèles d'explication des symptômes à partir de concepts psychanalytiques. Il n'existe aucune étude épidémiologique permettant d'étayer cette théorie.

Au contraire, des études entreprises dans les années 70, et, surtout anglo-saxonnes, mais corroborées par Fombonne (1995), montrent qu'il n'y a pas d'arguments en faveur des facteurs environnementaux, particulièrement ceux liés à la dépression de la mère. Si on suit les enfants de mères souffrant de dépressions sévères récurrentes, on constate qu'il n'y a pas d'association avec l'autisme. Les enfants élevés dans des conditions extrêmement défavorables comme certains enfants élevés en institutions ou en situation de carence affective ne sont pas sur-représentés dans la population des personnes autistes.

Introduite dès 1965 par Bernard Rimland, l'hypothèse de l'origine organique de l'autisme est maintenant étayée par des études épidémiologiques qui en éclairent certaines facettes (CCNE, 1996, p.8).

1) Facteurs infectieux

Dans la catégorie des facteurs infectieux, on note que leur influence n'est pas démontrée. Bien que le DSM-IV (1996, p.81) mentionne que le syndrome autistique peut être associé à la rubéole congénitale, cela n'est pas concluant puisque certains cas de rubéole congénitale s'améliorent au fil du développement, contrairement à ce qui est observé dans l'autisme.

2) Facteurs génétiques

Les facteurs génétiques sont plus susceptibles d'apporter une explication, quoique partielle. Tant le CCNE que le DSM-IV affirment qu'il existe un risque accru de trouble autistique dans la fratrie des sujets atteints du trouble. Ce risque est de 3% (CCNE), ce qui est environ 60 fois plus élevé que dans la population en général. D'autre part, il existe une incidence élevée chez les parents aux premiers degrés (10% chez les parents et 20%

chez les frères et soeurs) d'anomalies du développement du langage ou des relations sociales proches de celles observées dans l'autisme.

Ces anomalies sont toutefois d'intensité mineure (phénotype élargi de l'autisme). Les études entreprises sur les jumeaux montrent chez les monozygotes une concordance de 60 à 70% et de 90% si l'on tient compte du phénotype élargi. Chez les dizygotes, la concordance est de 3 à 4 % et de 10% si l'on tient compte du phénotype élargi.

Certaines maladies génétiques ou affections médicales ou neurologiques peuvent être associées à l'autisme (CCNE, 1996 et DSM-IV, 1996). Cette association serait d'environ 10% (CCNE). En ce qui concerne la sclérose tubéreuse, on constate que de 1 à 4 % des enfants autistes en sont atteints, alors que de 20 à 40% des enfants ayant la sclérose tubéreuse ont un syndrome autistique. Environ 5% des enfants autistes ont le syndrome de l'X fragile, mais ce pourcentage n'est pas plus élevé que chez les autres garçons déficients intellectuels non autistes. Inversement, 30 à 40% des garçons atteints du syndrome de l'X fragile ont un syndrome autistique.

Mais il y a trop de filles atteintes d'autisme pour que le syndrome soit uniquement lié au chromosome X. L'autisme serait le trouble psychopathologique le plus largement transmis. Les facteurs génétiques semblent donc déterminants. Les données disponibles suggèrent qu'il ne s'agit pas d'une maladie monogénique (CCNE).

3) Facteurs neurobiologiques

Pour certains (CHU de Tours, en France, cité dans CCNE), des études du taux de sérotonine dans le sang conduiraient à penser que les systèmes producteurs et régulateurs des catécholamines pourraient être impliqués dans la physiopathologie du syndrome de l'autisme. Cependant, cette hypothèse est considérée comme n'ayant aucune valeur diagnostique par le DSM-IV (1996).

4) Facteurs cérébraux

D'autres chercheurs se sont penchés sur le dysfonctionnement du cerveau et, par imagerie cérébrale, ont essayé de comprendre l'autisme (Bachevalier, 1994; Chesselet, 1984; Courchesne, 1995; Gedy, 1991; Goodwin et al, 1971; Hashimoto et al, 1989, 1995; McKelvey et al, 1995; Nowell et al, 1990; Piven et al, 1995; Thivierge et al, 1990; Zibovius et al, 1995). Une étude du débit sanguin cérébral a permis de constater un hypodébit frontal chez les enfants autistes âgés de 3 ans. Un nouvel examen chez ces enfants, à l'âge de 6 ans, a montré que le débit était devenu normal. Ces résultats suggèrent un retard de la maturation métabolique des lobes frontaux chez les enfants autistes (CHU de Tours, cité dans CCNE, 1996).

*Paradis, Suzanne. (1997). *Revue de littérature sur l'autisme*. Granby: Les Centres Butters-Savoy et Horizon

PART II

Le Programme d'Education Spécialisé (PEI)

I) Principes de l'Evaluation

A) Le Pré-projet

Le pré-projet s'élabore à partir de la réalisation d'une évaluation effectuée en fonction du diagnostic posé. Il comprend 2 axes qui tiennent compte de l'évolution d'un enfant autiste et d'un enfant au développement ordinaire. Ce pré projet est la prémisse à une future évaluation et sert de base à la constitution du projet. Ce dernier à pour visée essentielle l'aide au développement de l'enfant afin qu'il acquiert une certaine autonomie. A cette fin, il convient d'adapter l'environnement et de toujours adopter une approche positive en revisitant régulièrement les approches que l'on va mettre en pratique.

Lors de la constitution de ce pré-projet, 8 points essentiels sont à retenir :

- L'implication des parents
- L'évaluation de base
- L'établissement d'enseignements structurés
- La gestion du comportement
- La faculté de communication
- La vie sociale
- La formation pré professionnelle
- L'apprentissage de l'indépendance

B) Les Modes d'Evaluation :

Dans un premier temps un bilan pré opératoire est établi ; il correspond au constat de base.

Puis les objectifs sont fixés par palier ; à cette fin il est important de bien situer le point de départ et de définir le point d'arrivée vers lequel on tend.

Dans un 3^é temps nous devons fixer les moyens théoriques qui vont nous permettre d'atteindre les objectifs fixés.

Suite à cela nous fixons les moyens pratiques ; comment va-t-on concrètement s'y prendre pour mettre en application nos principes théoriques.

Enfin, il s'agit de définir les divers outils nécessaires à notre évaluation (grilles etc).

C) La Fonction de l'Evaluation pour les Personnes Atteintes de Troubles Autistiques

L'évaluation est essentielle à plusieurs niveaux d'intervention et permet de poser le diagnostic, L'ECA par exemple permet de rechercher le niveau de développement du sujet observé. Le point de référence est celui du développement d'un enfant ordinaire ; notons que l'on observe toujours en référence à et non en comparaison avec. Cela explique que l'on soit ensuite amené à fixer un axe thérapeutique avec une pratique pédagogique. Etablissement du PEI implique qu'il soit régulièrement réajusté afin que l'on puisse établir un bilan le plus fidèle possible. IL s'agit de vérifier l'adéquation et la cohérence entre le projet éducatif de départ, son application et son fonctionnement au sein de la structure d'accueil, du milieu familial etc.

II) L'Elaboration du Programme à partir de l'Evaluation :

Chaque programme part des besoins et des centres d'intérêt de l'enfant. Il a pour but de réorganiser l'environnement de ce dernier afin qu'il se sente sécurisé. Il vise à rendre l'individu autiste actif au sein d'un univers compréhensible à ses yeux, et ce toujours dans le but de l'autonomiser et de le rendre le plus libre possible à l'intérieur même de son programme. Le programme vise également à enseigner une nouvelle forme de communication à l'enfant afin qu'il pénètre le lien social (interaction). L'amélioration des capacités sociales des enfants autistes se fait notamment à travers l'établissement d'une certaine proximité avec les enfants ordinaires- repérage des comportements normatifs. Il s'agit également d'améliorer les habilités cognitives en développant certaines acquisitions qui sont à la base des apprentissages ultérieurs- Référence aux jeux symboliques. Enfin l'élaboration du programme doit en gardant à l'esprit que l'objectif essentiel est de pouvoir répondre au besoin d'intégration de l'enfant autiste.

III) Projet ou Programme

A) La Définition du Projet

Le projet : il correspond à la projection du programme en fonction du diagnostic et des besoins qui s'en dégagent.

Le Programme : il correspond l'opérationnalisation du projet en tenant comptes des objectifs, des moyens, des outils, de l'évaluation et des divers bilans établis.

C'est la mise en place du projet qui va permettre de pragmatiser le programme.

Le PEI : Programme d'Education Individualisé.

IV) Les Acteurs du Programme

Les acteurs regroupent l'enfant, les parents (experts de leur enfant) et les professionnels (experts de l'autisme). Chaque projet est défini avec l'ensemble des partenaires ce qui nécessite donc une adaptation mutuelle. Aussi le PEI se doit d'être régulièrement révisé. Chacun mutualise son savoir et fournit des éléments permettant l'évolution de la prise en charge. Tout cela permet le réajustement en permanence de l'approche dynamique de l'enfant et fournit un soutien moral à l'ensemble des membres de l'équipe.

V) Les Grands Points du Programme

A) Les Règles

Il s'agit de structurer les objectifs en définissant un lieu, une durée, un moment, un type de matériel et des consignes.

B) La typologie

Le lieu est délimité en zones (zone de travail, de collectivité, de transition, de loisirs...); Référence à Maud Manoni et la zone du « non faire ».

La structuration doit constamment être revisitée au moyen de grilles d'évaluation dont chaque partenaire doit avoir connaissance.

C) La Cotation :

Les grilles sont des outils précis en termes de réussite, d'émergence ou de non acquisition. Rappelons que ce sont également elles qui permettent l'établissement du PEI de base qui tient compte des diverses activités effectuées par l'enfant au domicile et à l'école. Ces grilles doivent être datées, comprendre le nom du cotateur et indiquer le lieu où se déroule l'activité en question. L'ensemble de ces points permet d'évaluer le projet et d'adapter la prise en charge en fonction des niveaux d'évolution.

VI) Les Priorités :

La priorité demeure l'insertion des individus souffrants de troubles autistiques dans la société autant que personnes avec ses besoins, ses priorités, sa culture, sa différence, son mode de vie et son entourage.

L'élaboration d'un programme doit se faire à court, voire à moyen terme et comprendre des bilans intermédiaires. C'est à l'intérieur de ces programmes que s'inscrivent les priorités de la personne autiste en un lieu et un temps T.

PARTIE III

Les Stratégies d'Intervention

I) Les Eléments de Méthode Pour l'Evaluation des Autistes

A) Les Principes de l'Education structurée

C'est Schopler qui le premier a mis en évidence le principe d'éducation structurée pour les personnes atteintes de troubles autistiques. Cette structuration avait pour but essentiel de soulager la personne autiste en diminuant l'intensité de ses angoisses et ce par le biais d'une meilleure organisation de l'espace/temps et l'établissement d'un emploi du temps. 5 éléments apparaissent alors fondamentaux à ce principe d'éducation structurée :

- Le repérage du lieu
- Le repérage du moment
- Le repérage de la durée
- Le choix du matériel
- L'établissement et le respect de consignes

B) La Notion de Structure Espace/Temps

Le lieu doit être sécurisant et le moment doit être choisi en tenant compte du degré de concentration que l'on vise à obtenir. Il est souhaitable de ne pas changer les repères car un certain « conditionnement » permet à la personne autiste d'avoir un contenant et de former un « rituel ». Le choix du matériel se fait en fonction des capacités de l'individu. Les consignes doivent être claires et ne pas présenter d'ambiguïtés. Les activités doivent être complexifiées progressivement de façon à faire évoluer la personne autiste. L'espace doit également être organisé de façon à ce que le lieu soit clairement structuré. N'oublions pas que chez la personne autiste, c'est à partir de pensées visuelles que le langage peut apparaître. Le temps quant à lui doit aussi être structuré de façon à ce qu'il soit visuel, concret, ludique. Il est important de garder à l'esprit que la simplification des éléments, dans un premier temps, a pour but essentiel de mettre l'enfant en confiance et de ne pas le confronter à l'échec. Dans un second temps il est également important de faire évoluer les choses afin de permettre l'évolution de l'enfant lui-même. L'éducation doit donc tenir compte des capacités, des handicaps, des circonstances, des relations avec l'entourage, de la maturité, des interférences socio familiales et des motivations de chacun à aider l'autre. La spécificité de l'approche clinique réside justement dans cette habilité à s'adapter à l'autre en tenant compte de ses spécificités, de ses capacités et de

ses limites; réciproquement il s'agit aussi pour l'accompagnant de s'adapter à ses propres limites. Etymologiquement le terme « clinique » vient du latin « clinicus » et du grec « klinê » qui signifie « qui se fait au chevet du malade, d'après l'examen directe du malade ». Par extension la psychologie clinique est une branche de la psychologie qui se fixe comme but l'investigation en profondeur de la personnalité à l'aide d'entretiens non directifs, d'observations de la conduite.

II) Les Repères Visuels

A) L'Hypersélectivité dans la triade de l'Autisme

L'expression de la pensée de la personne autiste se compose en détails (Référence à Hilde). La personne autiste part du détail pour aller vers la globalité. Cette élaboration de la pensée explique l'incapacité de l'individu autiste à discerner le superflu de l'essentiel. La triade, qui regroupe le principe de communication, d'interaction sociale et d'imagination, est par conséquent affectée par l'hypersélectivité des personnes autistes.

-La communication : Les personnes autistes ne vont pas spontanément chercher la signification en général, d'où la création d'un vocabulaire qui leur est propre. (Référence à l'écholalie, au vocabulaire-valise= utilisation d'un mot pour une phrase ; notion du détail...). Ce vocabulaire est souvent pauvre et hors contexte.

-L'Interaction Sociale : La compréhension des émotions et des interactions sociales est parcellaires. L'une des grandes difficultés des personnes autistes réside dans le fait qu'elle ne contextualisent pas.

-L'Imagination : La caractéristique du détail perceptif engendre le fait que la personne autiste va avoir un jeu inadapté, non signifiant- Référence au test du TAT chez le sujet autiste et le sujet schizophrène. La personne autiste a une pensée en compartiments qui ne permet pas la généralisation d'emblée, mais avec l'apport d'éléments réalistes et adaptés elle va pouvoir effectuer une catégorisation puis une généralisation.

B) Les Conséquences de l'Hypersélectivité

Van Dalen, autiste, a répertorié les besoins et les manques de la personne autiste. Selon Van Delem, c'est par la somme des informations et des perceptions que sont engendrées les significations. Afin d'illustrer cela elle a établi un catalogue qui présente une liste d'items :

-La stabilité recherchée

-un vécu du temps différent

-un vécu de l'espace spécifique (Plus c'est petit, plus c'est rassurant car plus facilement explorable ; référence aux objets contraphobiques)

-L'angoisse engendrée par une combinaison d'entre deux (clair/obscur).

Chez les personnes autiste, les choses sont définies par un ensemble de détails et non par une forme générale, d'où l'importance de procéder par étapes et d'utiliser des supports visuels (photo, pictogrammes etc).

Cette hypersélectivité explique également la difficulté des personnes autistes à saisir les différences et le principe de cause à effet.

C) Les Aides Visuelles

a. L'adaptation de l'Espace

Il doit être aménagé de façon à ce qu'à un lieu corresponde une activité. Il faut établir une congruence entre la dynamique de l'espace et l'activité. Pour cela il convient d'éliminer les éléments perturbateurs de l'espace afin d'obtenir le meilleur degré de concentration possible. L'espace doit être signalisé par la notion de début et de fin. Son organisation implique la canalisation des endroits et des activités. Il faut également prendre en compte les sensibilités perceptives et faire en sorte que cette structuration entraîne des ouvertures sur d'autres centres d'intérêts- exploration des émotions, interactions sociales...

b. Prévisibilité dans le Temps

Elle vise à autonomiser la personne autiste en canalisant les différents moments. Elle permet également d'évaluer son niveau d'abstraction de la pensée, son niveau de conceptualisation et de compréhension.

III) La Communication Alternative

Selon Theo Peeters et Tustin, la communication naît d'abord du non verbal. De plus il existerait une communication de l'inconscience (Lapsus= retour du refoulé, actes manqués, les comportements paradoxaux= discordance voir opposition entre des mimiques, des mots et un comportement qui met l'autre mal à l'aise).

D'après Peeters, le verbal est un îlot de connaissances. Pour la personne autiste il est difficile à intégrer. Il faut associer de façon synchroniser les objets et le langage pour qu'il y ait association entre signifié et signifiant. Il faut donner du signifiant à la personne autiste.

A) Les Dimensions de la Communication

On distingue la communication verbale et non verbale. Il faut toujours tenir compte du degré de facilité du traitement de l'information en fonction du degré d'autisme.

Dimension n°1 : L'aide visuelle.

Dimension n°2 : Communication par motricité (communication instrumentale, en mouvements, s'observant et explicative).

Dimension n°3 : Communication par objets.

Dimension n°4 : Communication par photos/dessins (PECS).*

Dimension n°5 : Communication par signes.

Dimension n°6 : Communication par écriture.

Dimension n°7 : Le langage parlé.

B) Les Fonctions de la Communication

Afin de développer la communication il est nécessaire de développer un besoin.

A cette fin on peut utiliser :

- La fonction instrumentale (je veux quelque chose).
- La fonction régulatrice (fais comme je dis ; modulation du désir).
- La fonction interactionnelle (interaction sociale).
- La fonction du personnel (je, tu, prénom).
- L'investigateur (explique pourquoi tu fais comme ça).
- L'imaginatif (simulation, faisons semblant).
- L'informatif (J'ai quelque chose à dire ; NB : le plus facile chez la personne autiste).

C) Le Contexte de la Communication

Il associe des acquis à un environnement. L'hypersélectivité va jouer un grand rôle dans le degré d'importance du contexte. Dans la communication il y a une registre émotionnel avec 2 versants : expressif et réceptif. La compréhension de l'émotion chez les personnes autiste diffère de celle des gens ordinaires. IL convient donc de faire un lien entre la situation et l'émotion procurée afin que la personne autiste puisse concrétiser l'émotion associée à une situation ; cela permet une meilleure intégration de l'émotion. Cette vision tient compte du fait que l'expression de l'émotion chez les personnes autistes est idiosyncrasique (= décontextualisée). Il s'agit donc de travailler dans l'adaptabilité et la prévisibilité dans l'espace/temps des émotions. Aussi, même si le langage est présent il ne faut pas négliger les moyens alternatifs afin de faire face à une manifestation d'angoisse souvent liée à la peur de l'échec.

PARTIE IV

Les Techniques d'Accompagnement Individualisé

I) Les Objectifs de l'accompagnement Individualisé

L'accompagnement individualisé peut être mis en place une fois que le diagnostic est posé, que l'évaluation mettant en relief les émergences ait été faite, que le projet ait été établi et le programme mis en œuvre.

Les outils mis en place doivent être utilisés pour accomplir de manière qualitative et adaptée un accompagnement qui se situe dans une démarche individualisée répondant aux besoins spécifiques de la personne autiste. Une fois que le diagnostic est posé et le programme établi on peut alors répondre aux besoins de la personne autiste et de son entourage. L'un des objectifs de l'accompagnement individualisé est d'apprendre à la personne autiste à réguler ses gestes, ses paroles, ses actions et ses pensées. En effet, c'est la coordination de ces derniers éléments qui va nous permettre de l'accompagner, du début à la fin, dans une action s'inscrivant dans la durée, et ce tout en tenant compte de ses déficits neurologiques : ruptures d'attention, difficulté de concentration, précipitation, absence de coordination gestuelle et oculo manuelle. Il convient de lui donner des moyens afin qu'il puisse parvenir à un but, qu'il apprenne à anticiper sur ses actions, à contrôler son comportement et ses émotions.

L'objectif dit général n'est pas concret (préparation à l'insertion des personnes autistes en milieu ordinaire), c'est pourquoi il se décline en objectifs dits opérationnels (techniques/outils favorisant l'insertion).

En France le personnel des entreprises devrait être composé de 10% à 30% de personnes handicapées. Cette insertion doit comprendre la mise en place de mesures et de techniques d'accompagnement permettant de guider les personnes handicapées dans leurs apprentissages et la gestion de leurs relations inter personnelles avec les autres employés.

II) L'accompagnement Gestuel

Les Etapes :

- Reconditionner le geste en accompagnement et guidant le mouvement de la personne autiste, selon la Grille de Régulation de l'Activité Motrice (GRAM : 5 types d'items = 5 types d'anomalies).
- Reprise physique de l'action avec la personne autiste.

- Etablir la coordination oculo manuelle en l'accompagnant, puis en lui laissant de plus en plus d'autonomie.

III) La Consigne Verbale

Les Etapes :

- le mot s'accompagne du geste et de la consigne (présence du pointage).
- La consigne verbale est présente mais moins envahissante et moins fréquente.
- La consigne verbale est donnée à distance.

IV) Les Etapes vers l'Autonomie

La mise en place de périodes d'autonomie augmentent en fonction des capacités de l'enfant. La dernière de ces étapes d'autonomisation consiste à réassurer la personne autiste à distance.

V) Les Grilles d'Evaluation

Définition :

Les grilles sont des outils précis qui ont comme objectif de prendre en compte les activités réalisées et le comportement adoptés à l'école et au domicile, et ce en terme de réussite, d'émergence ou d'« échec ». Elles permettent la mise en place du PEI.

Le principe du dénombrement est un excellent moyen de rendre compte d'une évolution ou régression de certains troubles.

La mesure du temps entre une demande faite à l'enfant et la réponse qu'il effectue peut également être un moyen d'évaluation.

Les grilles d'évaluation actuellement les plus répandues en matière d'autisme sont :

- L'Echelle de Comportement Autistique (ECA)
- L'Echelle Fonctionnelle des Comportements (EFC)
- La Grille de Régulation de l'Activité Motrice (GRAM)

Réalisation :

- Date
- Nom du Cotateur
- Lieu et Zone
- Domaines Travaillés
- Exercices Correspondants aux Domaines Travaillés
- Consignes Données
- Modes des Consignes (Accompagnement Gestuel (AG), Accompagnement Verbal (AV) etc)

-Notion d éléments qui ont pu alerter/Changement expliquant la réponse de l'enfant

Les Priorités :

Il convient de privilégier l'insertion dans la réalité de l'enfant en tant que personne avec ses besoins, sa culture, ses différences (modes de vie) et ses priorités. Les objectifs à courts et à moyens termes doivent être fixés.

VI) L'Accompagnement Individualisé des Programmes Coaching

A) Le Job Coaching

a. L'Objectif :

Il comprend un ensemble de moyens mis en œuvre pour permettre à la personne autiste de maîtriser et d'accomplir les gestes professionnels ainsi que pour gérer les relations interpersonnelles au sein de l'entreprise. Sur ce modèle c'est développé le school coaching qui s'inscrit dans le continuum de cette pratique éducative.

b. Les Moyens :

La population autiste qui peut bénéficier du job coaching est de haut, voire de moyen, niveau. Elle aura bénéficié d'une éducation spécialisée propice à l'apprentissage avec acquisition des connaissances transposables au sein du monde du travail et permettant leur insertion dans un groupe.

c. La Méthode :

Au préalable, une évaluation est nécessaire afin définir le degré de difficultés et de compétences à développer en vue de l'insertion professionnelle.

C'est justement le rôle du job coach de préparer l'autiste adulte à la tâche qui va lui être proposée. L'adulte autiste va devoir acquérir les gestes professionnels, se familiariser avec la routine du lieu de travail et gérer les interactions avec les autres employés.

Rappel : - Institut Médico Educatif (IME) / Institut Médico Pédagogique (IMP) : de 4 ans à 20 ans.

- IMPRO: à partir de 16 ans
- Centre d'Aide par le Travail (CAT) : pour adultes

La méthode visant à l'insertion de la personne autiste en milieu professionnel consiste également à préparer la structure d'accueil, et notamment les employés. Une sensibilisation au problème de l'autisme est réalisée afin de faciliter la compréhension et les relations.

d. L'Opérationnalisation du Projet Professionnel :

Il s'agit là de la transposition sur le lieu de travail des acquisitions antérieures de la personne autiste. Il est important de la guider afin qu'elle puisse réaliser les tâches qui lui incombent et gérer/réguler la première prise de contact avec les autres employés.

Cela implique également l'intervention d'un tuteur qui doit être formé et, dans un premier temps, supervisé par l'accompagnateur d'origine. Le tuteur est donc lui-même supervisé, notamment par un psychologue, qui fait des observations sur le lieu de travail de manière ponctuelle. Des réunions de synthèses sont également organisées avec l'équipe éducative et le personnel de l'entreprise.

B) Le Programme School Coaching

La préparation à l'emploi du sujet atteint d'autisme favorise son insertion professionnelle. Ce travail s'inscrit dans la continuité de la prise en charge éducative. En partant de l'accompagnement de l'enfant, on le prépare à sa vie d'adolescent puis d'adulte.

Ainsi le school coaching vise-t-il à préparer l'insertion de l'enfant dans le milieu scolaire. Ce school coaching comprend des mesures d'accompagnement destinées à guider l'enfant dans ses apprentissages et gérer ses relations interpersonnelles avec ses pairs.