



HAL
open science

Etat des lieux sur l'implication des orthophonistes et des parents concernant les troubles autistiques et la méthode A.B.A.

Cynthia Veratti

► To cite this version:

Cynthia Veratti. Etat des lieux sur l'implication des orthophonistes et des parents concernant les troubles autistiques et la méthode A.B.A.. Médecine humaine et pathologie. 2013. hal-01864814

HAL Id: hal-01864814

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01864814>

Submitted on 30 Aug 2018

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

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



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITE HENRI POINCARE
NANCY 1

FACULTE DE MEDECINE
DE NANCY

ECOLE D'ORTHOPHONIE DE LORRAINE

**ETAT DES LIEUX SUR L'IMPLICATION DES
ORTHOPHONISTES ET DES PARENTS
CONCERNANT LES TROUBLES AUTISTIQUES
ET LA METHODE A.B.A.**

Mémoire présenté en vue de l'obtention du
CERTIFICAT DE CAPACITE D'ORTHOPHONISTE

Présenté par
CYNTHIA VERATTI

25 JUIN 2013

JURY :

Président du jury : Mme le Professeur STRAZIELLE

Directeur de mémoire : Mme JAWAHER, orthophoniste et psychothérapeute

Assesseur : Dr SIBIRIL, pédopsychiatre

Mr LAZZAROTTO, chef de service éducatif SESSAD-Autisme

REMERCIEMENTS

A Madame le Professeur Strazielle,

Je la remercie de m'avoir fait l'honneur de présider mon jury.

A Madame Jawaher,

A qui j'adresse mes remerciements les plus chaleureux, pour sa grande disponibilité, son soutien. Elle a cru en mon projet et m'a aidée à le porter.

A Madame le Docteur Sibiril et Monsieur Lazzarotto,

Pour avoir accepté de faire partie de mon jury.

A tous les orthophonistes,

Qui ont eu la gentillesse de participer à mon enquête.

Aux parents,

Qui ont aimablement accepté de partager leur ressenti.

A la promotion 2013,

Parce que vivre ces 4 années avec eux fut un grand plaisir.

Je remercie tout particulièrement Gaëlle et Bérengère pour avoir su partager mes doutes et pour avoir été là pendant les moments difficiles...

A mes parents, mes beaux-parents,

Pour nous avoir soutenu ma famille et moi, pour avoir été très présents tout au long de ces quatre années bien chargées...

A mes enfants,

Pour leur patience, leurs encouragements et leur amour...

A Antoine,

Pour son soutien inconditionnel, pour m'avoir permis de réaliser mes rêves...

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	7
FONDEMENTS THEORIQUES.....	9
<u>Chapitre 1</u> : L'autisme et les troubles du spectre autistique.....	10
1. Historique des troubles autistiques	11
1.1 L'autisme avant Kanner.....	11
1.2 Léo Kanner et les troubles autistiques du contact affectif.....	12
1.3 Vers une classification des troubles autistiques.....	13
2. Symptomatologie	15
2.1 Epidémiologie.....	15
2.2 Sémiologie de l'autisme.....	15
2.2.1 <i>Les troubles du langage et de la communication</i>	16
2.2.2 <i>Les altérations des interactions sociales</i>	17
2.2.3 <i>Les troubles du comportement</i>	17
2.2.4 <i>Autres troubles</i>	18
2.3 Pathologies associées.....	18
2.3.1 <i>Déficience intellectuelle</i>	18
2.3.2 <i>Epilepsie</i>	18
3. Diagnostic	19
3.1 Les étapes diagnostiques.....	20
3.1.1 <i>Anamnèse</i>	20
3.1.2 <i>Observation</i>	20
3.1.3 <i>Examen médical</i>	20
3.1.4 Examens complémentaires.....	21
3.2 Les évaluations.....	21
3.2.1 <i>Bilan psychologique</i>	22
3.2.2 <i>Bilan psychomoteur</i>	22

3.2.3	<i>Bilan orthophonique</i>	23
4.	Facteurs étiologiques variés	24
4.1	Approche neuropsychologique	24
4.1.1	<i>Déficit des fonctions exécutives</i>	24
4.1.2	<i>Théorie de la cohérence centrale</i>	25
4.1.3	<i>Déficit de la théorie de l'esprit</i>	25
4.2	Causes environnementales	26
4.3	Causes génétiques	26
 <u>Chapitre II</u> : La prise en charge orthophonique de l'enfant autiste		27
1.	Le programme TEACCH	28
2.	Le système PECS	29
2.1	Phase I : Echange physique	30
2.2	Phase II : Croître la spontanéité	30
2.3	Phase III : Discrimination des pictogrammes	31
2.4	Phase IV : Construction de phrases	31
2.5	Phase V : Réponse à une question	31
2.6	Phase VI : Commentaire en réponse à une question	32
3.	Le Makaton	32
3.1	La personnalisation	33
3.2	L'enseignement planifié	33
3.3	La généralisation des concepts	33
3.4	Le support pictographique	33
 <u>Chapitre III</u> : La méthode A.B.A.		34
1.	Historique	35
2.	Que signifie A.B.A. ?	35
3.	Le comportement	36
3.1	Définition	36

3.2 Fonctions du comportement.....	36
4. Les étapes de la prise en charge.....	36
4.1 Etape initiale.....	37
4.2 Etape intermédiaire.....	37
4.3 Etape avancée.....	37
5. Le renforcement.....	38
5.1 Définition.....	38
5.2 Identification des renforçateurs.....	38
5.3 Règles de renforcement.....	38
HYPOTHESES.....	40
PARTIE EXPERIMENTALE.....	43
<u>Chapitre I</u> : Hypothèses opérationnelles et méthodologie.....	44
1. Méthodologie.....	45
1.1 Population.....	45
1.1.1 <i>Les professionnels</i>	45
1.1.2 <i>Les parents</i>	45
1.2 Outils méthodologiques.....	45
1.2.1 <i>Questionnaire destiné aux orthophonistes</i>	45
1.2.2 <i>Questionnaire destiné aux parents</i>	47
1.3 Mode de traitement des données.....	48
2. Hypothèses opérationnelles.....	49
<u>Chapitre II</u> : Résultats et analyses.....	50
Etude du questionnaire à l'attention des orthophonistes.....	51
1. Analyse des réponses aux questionnaires destinés aux orthophonistes.....	52

2. Interprétation des résultats concernant le questionnaire destiné aux orthophonistes	60
2.1 Présentation de la population.....	61
2.2 Utilisation de plusieurs méthodes dans la prise en charge de l'enfant autiste.....	61
2.3 Connaissance de la méthode A.B.A.....	62
Etude du questionnaire à l'attention des parents.....	63
1. Analyse des réponses aux questionnaires destinés aux parents	64
2. Interprétation des résultats concernant le questionnaire destiné aux parents	68
2.1 Présentation de la population.....	68
2.2 La pose du diagnostic.....	68
2.3 Le début de la prise en charge orthophonique.....	69
2.4 L'intensité de la prise en charge orthophonique.....	69
LIMITES ET PROLONGEMENTS	70
1. Limites	71
1.1 Questionnaires.....	71
1.2 Lettre d'accompagnement des questionnaires.....	71
1.3 Diffusion des questionnaires.....	72
2. Prolongements	72
CONCLUSION	73
BIBLIOGRAPHIE	74
ANNEXES	77

INTRODUCTION

L'autisme m'est toujours apparu comme une pathologie intrigante jusqu'à ce que je m'y intéresse plus particulièrement ainsi qu'à la littérature qui lui est consacrée, et que je découvre une pathologie extrêmement complexe à la séméiologie et à l'évolution plus que diverses.

A la lumière de ma formation, l'orthophonie m'apparait comme ayant un rôle majeur dans la prise en charge des troubles autistiques. Il était donc évident pour moi d'en savoir davantage et d'effectuer un stage de 3^{ème} année auprès d'enfants diagnostiqués avec un trouble du spectre autistique.

La prise en charge des enfants autistes et/ou avec troubles du spectre autistique est variée. De nombreuses activités leur sont proposées par différents professionnels. Pourtant le plus important dans cette prise en charge n'est pas les apprentissages en eux-mêmes, mais la mise en condition pour que l'enfant puisse faire ces apprentissages : il est essentiel de diminuer ou d'augmenter des comportements de tout type (automutilation, autostimulation,...). L'objectif de l'équipe pluridisciplinaire étant de faire émerger un langage fonctionnel en premier lieu.

Cependant, j'ai le sentiment de ne pas avoir été suffisamment formée pour prendre en charge ce type de pathologie en toute confiance. Il est clair que pour d'autres pathologies plus « classiques », des objectifs clairs peuvent être fixés dès le départ, mais en ce qui concerne les troubles autistiques, la problématique est tout autre : rééduquer la parole, le langage ou la communication ne suffit pas. Il faut pouvoir s'adapter, entrer dans l'univers de l'enfant, le comprendre, trouver un équilibre entre ses capacités et ses besoins pour communiquer. Toute la difficulté, pour moi, est de trouver les moyens de faire ces liens, de pouvoir contourner les comportements négatifs pour progresser dans la prise en charge.

Dans le but d'en savoir plus, j'ai pris l'initiative personnelle d'effectuer une formation sur *l'Analyse Behaviorale Appliquée (A.B.A.) à l'éducation de la personne avec autisme* par le biais d'EDI Formation, animée par Ginette BERNIER, consultante en autisme et directrice du centre de stimulation précoce TRAMPOLINE (Montréal – Québec).

Cette formation m'a permis de partager mon point de vue avec d'autres professionnels intervenant auprès d'enfants autistes, et aussi de confirmer mon sentiment quant au manque d'informations autour de ces pathologies et des méthodes de prise en charge.

Peu d'écrits sont accessibles aux francophones ce qui ne met pas la méthode ABA et les méthodes comportementalistes en général à la portée de tout professionnel et plus particulièrement aux orthophonistes, qui manquent d'ouvrages A.B.A. en lien avec la communication et le langage.

La prise en charge comportementale nécessite un consensus entre l'entourage de l'enfant et les multiples prises en charge qui lui sont proposées.

C'est pourquoi je me propose d'étudier la place de l'autisme et des troubles du spectre autistique dans la prise en charge orthophonique, et la place déléguée à la méthode A.B.A.

FONDEMENTS THEORIQUES

CHAPITRE I

L'autisme

Et les troubles du spectre autistique

1. Historique des troubles autistiques

1.1 L'autisme avant Kanner

Jean-Marc Gaspard Itard, médecin militaire est sans doute le 1^{er} à s'être intéressé aux troubles autistiques. En 1800, des paysans recueillent dans les bois de l'Aveyron « un enfant sauvage » d'une dizaine d'années sans langage. Celui-ci est alors confié à l'Abbé Sicard, responsable d'une institution de sourds-muets. Itard est alors sollicité par l'Abbé afin de travailler à la réinsertion sociale de cet enfant qu'il prénomera « Victor ». Les mémoires qu'il publiera en 1801 et 1806 permettent de justifier l'hypothèse d'une pathologie autistique :

- Absence de communication
- Repli sur soi
- Crise de colère
- Gestes stéréotypés (« il se balançait sans relâche »)
- Déficience intellectuelle

A cette époque, le terme « autisme » n'existait pas, **Philippe Pinel** (considéré comme le père de la « médecine mentale », aujourd'hui psychiatrie) parlera alors de « l'idiotisme : abolition totale des fonctions de l'entendement ». Celui-ci avait alors conclu que Victor avait « un idiotisme de naissance impossible à soigner » ; et malgré une pédagogie intensive, Victor n'accédera jamais au langage.

D'autres pionniers ne sont pas à écarter, notamment **Edouard Seguin** (1846) qui créa les 1^{ères} institutions de prise en charge pour les enfants ayant un handicap mental (éducation spécialisée). **Mélanie Klein** parlera quant à elle en 1930 du rôle de la capacité symbolique dans ce que l'on qualifie aujourd'hui de troubles autistiques.

1.2 Léo Kanner et les troubles autistiques du contact affectif

C'est en 1943 que **Léo Kanner**, pédopsychiatre, va emprunter le terme « autisme » au Suisse Eugen Bleuler, terme qui jusqu'alors était réservé à un des symptômes de la schizophrénie.

Léo Kanner dans son article « Autistic disturbances of affective contact » (tiré de la revue *Nervous Child*) va donc tenter de distinguer « l'autisme infantile précoce » de la « schizophrénie infantile » : « En dépit de similitudes remarquables, cet état diffère de toutes les autres formes connues de schizophrénie chez l'enfant en bien des aspects ».

Dans cet article, Léo Kanner présente 11 cas d'enfants considérés comme autistes. De cette étude clinique, il va dégager des signes spécifiques à l'autisme :

- Incapacité innée à développer des relations de façon normale avec les personnes et les situations. Ce repli autistique apparaît dès le début de leur vie (Aloneless).
- Exigence d'immuabilité (sameness) : « si la moindre chose est modifiée ou enlevée c'est la situation toute entière qui n'est plus identique et ne peut donc être acceptée comme telle ».
- Retard ou absence de langage. Quand certains enfants arrivent à formuler des phrases, on se rend compte qu'elles ne sont pendant longtemps, qu'une « combinaison de mots entendus et répétés à la manière d'un perroquet », elles sont parfois redites en écho immédiatement ou de façon différée. C'est pourquoi certains enfants ont pu être considérés comme sourds ou malentendants.
- Bonnes capacités cognitives (tous les enfants ont bien réussi l'épreuve).
- Absence d'anomalie physique.
- Familles extrêmement intelligentes.

En 1971, après avoir étudié le devenir de ces 11 enfants, Léo Kanner ne retiendra que 2 signes caractéristiques :

- Le repli autistique
- Le besoin d'immuabilité

Ces critères décrits par Kanner ont permis de poser le diagnostic d'autisme de Kanner ou d'autisme infantile précoce (tableau typique de l'autisme).

Cette forme particulière d'autisme infantile sera complétée en 1944 par la description de la « psychopathie infantile » du **Dr Hans Asperger**. Celui-ci va décrire des troubles du comportement chez plusieurs enfants qui avaient un développement normal de leur intelligence et du langage, mais qui présentaient une déficience marquée dans les interactions sociales et la communication. Cependant ces travaux passèrent inaperçus, l'Autriche faisant partie de l'Allemagne nazie en guerre.

C'est en 1981, que **Lorna Wing**, pédopsychiatre anglaise, ressortit les travaux publiés dans les années 40 en proposant une définition du syndrome d'Asperger. « Les principaux domaines touchés par le syndrome d'Asperger sont l'interaction sociale, la communication et la perception cognitive » (Asperger's Syndrom : a clinical account »).

1.3 Vers une classification des troubles autistiques

En France, les équipes pluridisciplinaires se servent essentiellement de trois références principales en matière de classification diagnostique.

DSM IV, Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux

Ce manuel a été publié en 1994 par l'*American Psychiatric Association* (APA). La dernière version en date est de 2000 avec le DSM-IV-TR. La définition proposée par le DSM IV est une référence internationale, et reconnaît l'autisme comme faisant partie des troubles envahissant du développement et comme étant « 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 troubles autistiques sont donc l'une des cinq catégories des Troubles Envahissants du Développement (TED) qui comptent parmi elles, le syndrome de Rett, le syndrome désintégratif de l'enfant, le syndrome d'Asperger et les troubles envahissant du développement non spécifiés.

CIM 10, Classification Internationale des Maladies

Cette classification dépend de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), dont la dernière version date de 1992. On y retrouve la triade qui caractérise les troubles autistiques, à

savoir une altération des interactions sociales, une altération de la communication et un caractère restreint, répétitif et stéréotypé des comportements, des intérêts et des activités.

- Une altération des interactions sociales réciproques, caractérisée par :
 - Manque d'intérêt ou évitement d'autrui.
 - Pauvreté / absence du contact oculaire.
 - Non recherche du réconfort.
 - Absence d'offre de partage.
 - Apprentissage inapproprié.

- Une altération de la communication :
 - Retard ou absence de langage oral.
 - Communication non verbale anormale.
 - Anomalie de langage.
 - Trouble des habiletés conversationnelles.

- Comportements et/ou activités stéréotypés et répétitifs :
 - Recherche d'autostimulations sensorielles
 - Stéréotypies gestuelles.
 - Rituels, refus de changements minimes.
 - Intérêts exclusifs.

CFTMEA R, 2012, Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et l'Adolescent

Selon cette classification, il va falloir s'appuyer sur une évaluation du fonctionnement mental de l'enfant, en plus d'une énumération de signes directement observables.

Depuis la nouvelle édition de la CFTMEA, la dénomination « psychoses précoces » a été abandonnée au profit d'un terme moins chargé en connotation « troubles envahissants du développement, schizophrénies, troubles psychotiques de l'enfance et de l'adolescence ».

Sous ce terme, on retrouve la catégorie « Autisme et TED » avec comme sous-catégorie « Autisme infantile précoce – type Kanner » correspondant à « l'autisme infantile » du CIM 10 (Annexe comparaison CFTMEA/CIM 10).

2. Symptomatologie

2.1 Epidémiologie :

Dans le monde, on estime que l'autisme touche aux alentours de 2 à 3 personnes pour 100 individus, mais si on inclut les troubles du spectre autistique (TSA) au sens large la prévalence est de 9 à 12 personnes pour 1000 individus. Le nombre de garçons touchés est toujours plus élevé que le nombre de filles. A savoir que des recherches ont provoqué une polémique en publiant que la prévalence était nettement à la hausse (1 enfant de 8 ans sur 110 souffrirait d'un trouble du spectre autistique).

Une recherche récente (Lazoff et al, 2010) a démontré que le taux de prévalence serait un peu plus élevé que 0,8%, soit en moyenne un enfant sur 126 âgé entre 6 et 17 ans serait diagnostiqué avec un TED.

Ces variations peuvent s'expliquer par le fait que la définition retenue aujourd'hui pour les TSA a évolué, les classifications ne retenaient auparavant qu'une définition étroite de l'autisme, alors que celles-ci ont à ce jour élargi cette définition à la classe plus étendue des TSA, de plus le progrès réalisé en matière de dépistage et de diagnostic a considérablement fait évoluer les chiffres.

Les diagnostics de TSA sont présents dans tous les milieux socio-économiques, dans tous les groupes culturels sans exception (CDC, 2010).

2.2 Sémiologie de l'autisme :

Les troubles que peuvent présenter les enfants diagnostiqués comme ayant un trouble du spectre autistique sont d'intensités très variables selon les sujets. L'autisme se manifeste principalement par une triade de symptômes, triade que retiennent les récentes classifications internationales comme étant les principaux critères représentatifs de l'autisme, mais ils ne sont pas exclusifs et d'autres symptômes viennent amplifier l'hétérogénéité des profils. Il est important de tous les connaître pour comprendre leur retentissement sur le comportement de l'enfant.

2.2.1 *Les troubles du langage et de la communication*

Ce sont des troubles constants. Ils peuvent être objectivés par un manque total de langage et aller jusqu'à un langage sans valeur de communication (suite de mots adressé à autrui). Mais ils ont des particularités que l'on retrouve de façon presque systématique.

- Inversion des pronoms : L'enfant autiste a des difficultés à comprendre les mots qui changent de sens selon le contexte, c'est pour cette raison qu'il va inverser le « tu » et le « je » et qu'il se désignera donc comme « tu » alors que son interlocuteur sera « je ».
- Echolalie : L'enfant va imiter la parole de l'autre. Lorsqu'il s'agit d'écholalie directe, l'enfant répète tout de suite la parole entendue, sans temps de latence, et on peut immédiatement l'identifier comme telle. L'écholalie retardée quant à elle, est beaucoup plus difficile à reconnaître puisque l'enfant répète mot pour mot ce qu'il a entendu mais plusieurs heures voire plusieurs jours après.
- Incapacité à utiliser ou comprendre des termes abstraits, ou à employer des mots détournés de leur sens habituel. En effet, l'enfant autiste ne saura utiliser que le sens littéral du mot ainsi que les termes concrets. La compréhension littérale du langage est assez typique de l'autisme.
- Compréhension de la communication non verbale ou du langage corporel : cette compréhension est déficiente étant donné qu'il a des difficultés à identifier ou analyser les mimiques, les gestes et les sourires. De plus, l'absence de contact oculaire est un frein au développement de cette capacité. La compréhension de l'enfant autiste peut donc être limitée, puisqu'en ne tenant pas compte du langage corporel, l'enfant perd un certain nombre d'indications sur le sens des mots énoncés. L'intonation de la voix peut également ne pas être perçue, c'est pourquoi la réponse de la personne autiste ne sera pas toujours adaptée. Il est courant que lorsque l'on gronde un enfant, il réponde en souriant.

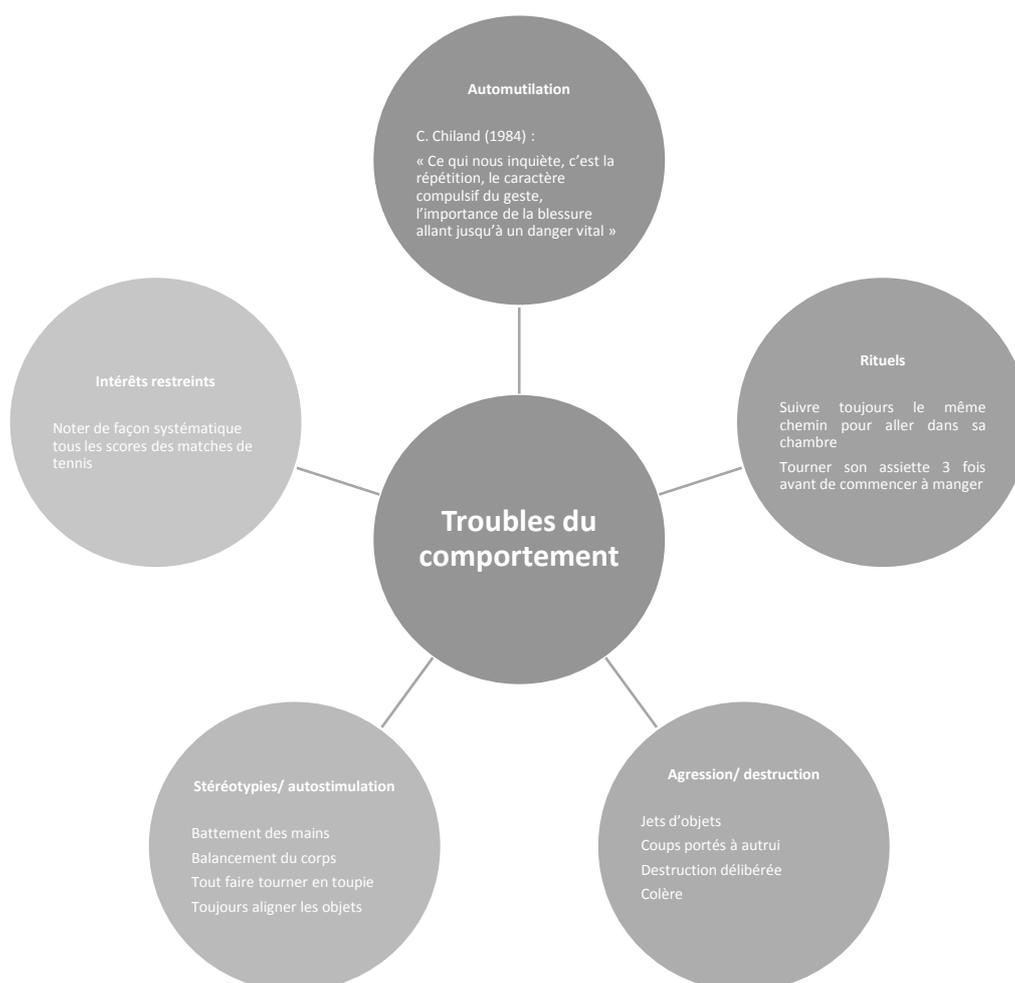
2.2.2 Les altérations des interactions sociales :

Ce qui caractérise l'enfant autiste est principalement l'absence de tentative d'interaction. Bébés, ils ne tendent pas les bras pour qu'on les porte, ils ne pleurent pas quand on les laisse seuls, ils ne font pas les gestes tels que « au revoir », et n'utilisent pas le pointage : l'enfant ne paraît pas avoir besoin de l'autre (de sa mère).

Petit à petit, on remarque que ses comportements non verbaux sont absents ou mal utilisés, que son regard est déviant, que ses mimiques sont appauvries.

2.2.3 Les troubles du comportement :

Les troubles du comportement sont souvent la conséquence d'une frustration de l'enfant de ne pas avoir été compris, ou de ne pas avoir lui-même compris. Ils sont donc la conséquence directe de trouble de la communication ou de l'interaction sociale.



2.2.4 *Autres troubles :*

- Troubles de la motricité
- Troubles sensoriels
- Troubles du sommeil
- Troubles de l'alimentation

2.3 Pathologies associées

2.3.1 *Déficience intellectuelle*

Plus de deux tiers des personnes autistes présentent une déficience mentale avec un retard intellectuel (léger, moyen ou sévère). Mais d'après une étude récente (René Pry et Al., 2005), le lien entre autisme et retard mental est soumis à des changements. En effet, il a été constaté qu'il pouvait y avoir une régression développementale mais aussi une amélioration importante 3 ans après la pose du diagnostic. Cette étude ne concerne cependant que des enfants de 5 à 8 ans, et n'est pas à généraliser. Elle présage cependant du caractère évolutif du retard mental.

2.3.2 *Epilepsie*

Actuellement, on estime la prévalence de l'épilepsie chez la personne autiste à hauteur de 25%, mais elle varie considérablement en fonction du type de TED. Le risque d'apparition d'épilepsie est plus élevé chez la femme autiste.

On constate que ces crises commencent dans l'enfance mais peuvent se poursuivre plus tard.

Le retard mental est considéré comme étant un facteur de risque d'épilepsie, mais la relation entre autisme et épilepsie reste très complexe.

De plus, certains relèvent le fait que l'autisme et l'épilepsie pourraient partager des causes génétiques et neurodéveloppementales (C. Amiet et Al., 2010).

Tout comme chez le sujet ne présentant pas de troubles du spectre autistique, on ne peut prédire si l'épilepsie va perdurer ou si elle va se « guérir » au cours de l'adolescence.

3. Diagnostic et évaluation

Avant qu'ait lieu le diagnostic, un dépistage peut permettre de repérer des troubles. Celui-ci se fait à 2 niveaux.

Le 1^{er} niveau de dépistage doit avoir lieu entre 9 et 24 mois, il est effectué par des professionnels non spécialistes : équipes de PMI, médecins généralistes, médecins et psychologues scolaires, puéricultrices, pédiatres... Afin de permettre ce dépistage, il existe des questionnaires comme le CHAT (Check-list for autism in toddlers) ou le M-CHAT (Modified check-list for autism in toddlers). Ce questionnaire est basé sur 9 questions posées aux parents. Il va permettre de rechercher certaines conduites chez l'enfant à dépister (attention conjointe, faire semblant, pointage, défaut de contact par le regard,...), puis le professionnel se devra de vérifier ces conduites. Dès lors qu'il y a suspicion de trouble du spectre autistique, l'enfant sera dirigé vers un professionnel chargé d'effectuer le diagnostic. Cette consultation spécialisée permettra un bilan approfondi conduisant à un diagnostic.

Différentes études (Fombonne et Giacomo, 2000; Volkmar et Al., 1994) ont récemment démontré qu'il est possible, en théorie, de faire un diagnostic d'autisme avant l'âge d'1 an, âge auquel on peut différencier les enfants autistes des enfants déficients intellectuels. Cependant, en pratique, la période de la maternelle reste la plus décisive. Le diagnostic sera d'une fiabilité plus importante. En effet, avant cette période il est difficile de détecter toutes les caractéristiques de l'autisme. Dans le développement normal de l'enfant, le « faire-semblant » n'apparaît que vers 18 mois, ainsi que le langage sans lequel on ne peut mettre en évidence des déficiences.

En ce qui concerne le diagnostic chez les enfants plus âgés, on constate déjà des phénomènes de compensation. Si l'enfant ne comprend pas ce qu'on lui demande, il va alors imiter les autres, de même qu'il va prétexter un désintéressement s'il est conscient de ne pas pouvoir faire l'activité qu'on lui propose.

On constate souvent une période de latence entre les premiers soupçons, le dépistage et le diagnostic.

3.1 Les étapes diagnostiques

Les différentes étapes de diagnostic se font actuellement dans un centre de diagnostic.

3.1.1 *Anamnèse*

L'anamnèse va permettre de retracer l'historique et de recueillir des informations sur les différentes étapes-clés du développement de l'enfant, ainsi que l'investigation d'éventuelles caractéristiques autistiques. Les médecins spécialisés ont souvent recours à des questionnaires :

- ADI-R (Autism Diagnostic Interview-Revised ou Entretien semi-structuré pour le diagnostic de l'autisme)
- DISCO (Diagnostic Interview for Social and Communicative Disorders ou Entretien diagnostique pour les troubles sociaux et communicatifs).

3.1.2 *Observations*

Il est possible d'effectuer l'évaluation dans différents endroits (centre référent, maison, école). Lors de cette période d'observation, on va proposer des jouets à l'enfant afin d'observer ses réactions. L'utilisation de matériel spécifique est également conseillée :

- ADOS-G (Autism Diagnostic Observation Schedule Generic ou Protocole d'observation en vue du diagnostic autisme)

On accorde également à l'enfant un temps libre, afin d'observer l'occupation du temps, les jeux spontanés et ses intérêts divers.

Pour les enfants plus âgés, l'observation en milieu familial et scolaire aidera à la pose du diagnostic, ainsi que des entretiens avec les enseignants et les éducateurs.

3.1.3 *Examen médical*

L'examen médical vient compléter et étayer le diagnostic.

Cet examen physique va permettre de mettre en évidence d'éventuels troubles associés (comme l'épilepsie). Il sera également nécessaire pour signaler si d'autres examens médicaux plus spécifiques sont indiqués (EEG, IRM).

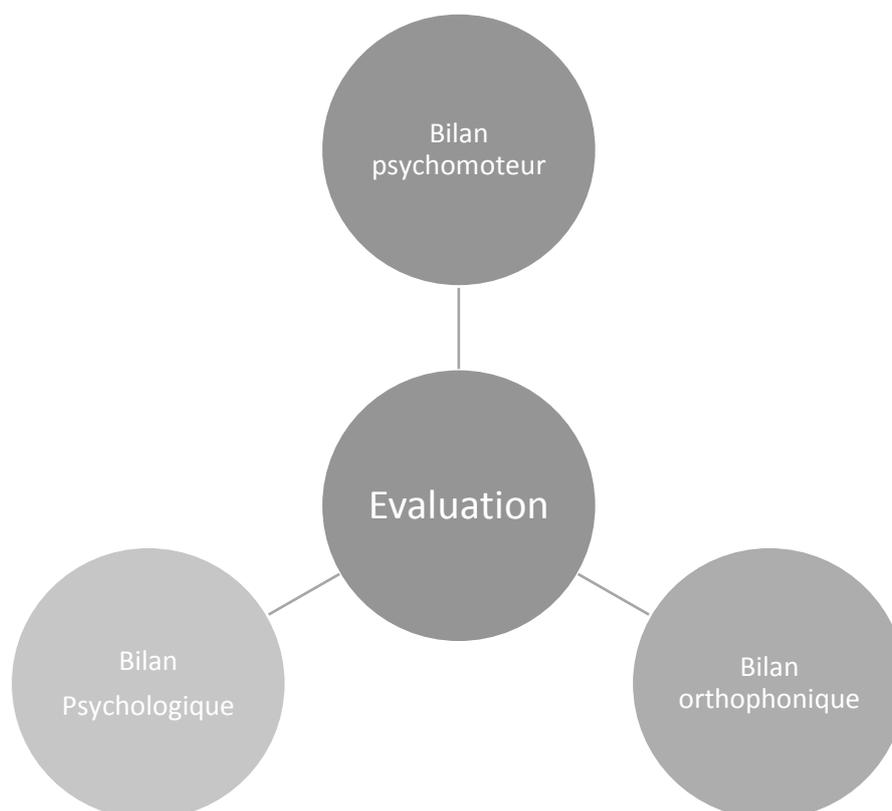
3.1.4 Examens complémentaires

A ce jour, les examens complémentaires ne permettent pas de confirmer ou d'infirmier un diagnostic. Cependant, de nombreuses pathologies étant associées aux troubles autistiques, on orientera vers des examens complémentaires afin de les écarter ou de les mettre en évidence. Seront pratiqués notamment :

- Une IRM cérébrale.
- Des potentiels évoqués auditifs.
- Un caryotype
- Des dosages métaboliques ou immunologiques.
- Un électroencéphalogramme.

3.2 Les évaluations

Le bilan est effectué par une équipe pluridisciplinaire, il a pour objectif d'orienter la prise en charge thérapeutique. Il permet de déterminer l'évolution et la sévérité des troubles autistiques, il permet également d'effectuer une investigation du développement psychomoteur, du niveau de langage et des capacités de communication, ainsi que des compétences sociales.



3.2.1 Bilan psychologique

Le bilan psychologique va servir à reconnaître à l'enfant un niveau intellectuel. Pour les enfants les plus jeunes, on déterminera un quotient de développement, alors que pour les enfants les plus âgés, on posera un quotient intellectuel (QI verbal et QI de performance).

Les outils utilisés sont variables en fonction de l'âge développemental de l'enfant et des domaines investigués :

- Echelle de Brunet-Lezine (jusqu'aux trente mois de l'enfant) : elle explore la posture, la coordination oculomotrice, le langage et la socialisation.
- Echelle de Vineland : elle explore les capacités adaptatives de l'enfant
- Echelles de Wechsler (WIPPSI de 4 à 6 ans, WISC-R de 5 ans et demi à 15 ans).
- K-ABC (de 2 ans et demi à 12 ans et demi) : cet outil permet notamment de tester les fonctions visuo-spatiales, la mémoire ou les fonctions motrices. Il possède également une échelle non verbale.

3.2.2 Bilan psychomoteur

Ce bilan va permettre d'évaluer la façon dont l'enfant investit son corps, et donc de déterminer son niveau de développement psychomoteur, de mettre en évidence ses compétences et ses difficultés.

Ce bilan sera effectué à l'aide de tests standardisés mais aussi par une appréciation clinique du thérapeute.

Les tests psychomoteurs disponibles sont notamment :

- Echelle de développement de Brunet-Lézine
- Echelle de Vaivre-Douret
- M-ABC : pour les enfants dont le niveau de compréhension est suffisant.
- Charlop-Atwell : ce test propose deux modes de passation différents, et les consignes sont pour la plupart visuelles par imitation.

3.2.3 Bilan orthophonique

La nomenclature des actes de 2006 permet à l'orthophoniste de réaliser un « bilan de langage dans le cadre des handicaps moteurs, sensoriels ou mentaux (inclus surdité, IMC, autisme, maladies génétiques).

Ce bilan va permettre d'évaluer la communication de l'enfant, les moyens qu'il utilise et les fonctions de cette communication.

Si l'enfant est non verbal, l'orthophoniste observe l'acquisition et l'utilisation des compétences sociales, qui sont les pré-requis à la communication :

- Le regard : il s'agit d'apprécier la qualité du contact oculaire, et sa fonction communicative.
- L'imitation : on teste l'imitation gestuelle, vocale et l'imitation.
- L'attention conjointe : on regarde si l'enfant peut écouter une personne lui parler d'un objet et regarder cet objet en même temps.
- La posture
- L'utilisation des objets et des jeux : comment l'enfant utilise les objets, est-ce qu'il est dans le faire-semblant ?
- Les tours de rôles : il s'agit de tester l'enfant sur des activités de « chacun son tour », et d'évaluer s'il est capable de prendre en compte autrui.
- Les expressions faciales, mimiques et praxies : on testera ceci par l'imitation.

Actuellement, très peu d'outils permettant l'évaluation des enfants non-verbaux avec troubles du spectre autistique sont mis à la disposition de l'orthophoniste. Les plus utilisés sont :

- Grille de Wetherby et Prutting : elle permet de dépister les anomalies de de communication avant l'apparition du langage oral.
- ECSP (Evaluation de la Communication Sociale Précoce) : il s'agit d'une échelle standardisée applicable aux enfants de 0 à 30 mois ou plus tardivement chez les enfants autistes (jusqu'à ce que l'enfant produise des phrases de 2-3 mots). Les fonctions communicatives (la régulation du comportement, l'interaction sociale, l'attention conjointe) sont évaluées dans des situations semi-structurées de jeux, de conversations, ou de jeux de rôle

- PEP-R (Psycho-Educational Profile – Revised) : Le PEP-R évalue les différents modes d'apprentissage des enfants sur une base développementale. Les activités sont choisies pour stimuler la participation active de l'enfant.
- Dialogoris : Cet outil est centré sur la communication et le langage des enfants de 0 à 4 ans.

4. Facteurs étiologiques variés

4.1 Approche neuropsychologique :

L'approche neuropsychologique cherche à comprendre le fonctionnement cognitif des personnes autistes. Trois modèles principaux ont fait l'objet d'études.

4.1.1 *Déficit des fonctions exécutives (Ozonoff S. et All, 1991) :*

Les fonctions exécutives sont le mécanisme cognitif qui permet d'organiser, contrôler et réaliser des actions ou des pensées. Elles aident principalement à planifier des séquences d'actions, à inhiber des réponses ou des comportements, elles sont à l'origine de la flexibilité attentionnelle et cognitive, et facilitent l'organisation de procédures en mémoire de travail. L'hypothèse d'un déficit des fonctions exécutives chez les personnes autistes est apparue suite à plusieurs observations de comportements et déficits proches d'observations concernant des patients cérébro-lésés, bien qu'aucune perturbation frontale n'ait été démontrée dans l'autisme jusqu'à ce jour.

Des études ont démontré des faibles performances dans les épreuves visant à tester les fonctions exécutives (Wisconsin, Tour de Hanoï, Tour de Londres). Les difficultés représentent des erreurs persévératives ainsi que des difficultés à changer de stratégies (Ozonoff S. et Mc Evoy R.E., 1994).

Certaines études ont tenté d'expliquer les troubles exécutifs constatés dans l'autisme comme étant la conséquence d'un déficit de la mémoire de travail (Pennington et All), cela expliquerait les symptômes de rigidité, d'immuabilité et de persévération.

Cependant ces observations ne se retrouvent pas dans toutes les études. Elles sont à relativiser puisque le degré d'atteinte n'est pas spécifique, et les déficits sont inconstants.

4.1.2 Théorie de la cohérence centrale :

La cohérence centrale permet de former un ensemble cohérent et sensé à partir de nombreux détails, donc de traiter les informations comme un tout.

La personne autiste est en possession d'un ensemble complexe d'informations isolées, mais le mécanisme qui doit les regrouper en une théorie cohérente ne fonctionne pas.

Utah Frith (1989) va plus loin en spécifiant que les personnes autistes n'ont pas de cohérence globale, mais qu'ils ont une « cohérence locale », ce qui leur permettrait de produire des séquences logiques ou de comprendre des relations causales simples.

Ce déficit expliquerait, entre autres, les troubles de la pragmatique et les difficultés à reconnaître des émotions.

4.1.3 Déficit de la théorie de l'esprit :

Le terme « Théorie de l'esprit » a été évoqué pour la première fois par **Premack** et **Woodruff** en 1978 dans leur article « Does the chimpanzee have a theory of mind », faisant mention à leur étude qui montrait que le chimpanzé était un animal capable d'attribuer une pensée à autrui.

La théorie de l'esprit, telle qu'elle a été définie, serait la capacité de comprendre et d'attribuer des états mentaux (désirs, croyances, pensées) à autrui et à soi-même dans le but de comprendre et prédire des comportements.

Le développement de la théorie de l'esprit se fait normalement durant les premières années de la vie.

Les premières manifestations de la capacité de mentalisation apparaissent vers 18 mois, âge auquel la capacité d'attention conjointe se développe également.

On considère que les compétences basiques de la théorie de l'esprit sont acquises vers 5-6 ans et qu'elles s'étayent au fil de l'expérience.

Ce déficit explique la difficulté à comprendre l'implicite, les métaphores, les expressions imagées, la compréhension littérale du langage, ainsi qu'une difficulté majeure dans la communication et dans le jeu symbolique.

Cependant ce déficit n'est pas constant dans l'autisme, en effet certaines personnes autistes réussissent les tests de fausse croyance ou d'autres tests de théorie de l'esprit. De plus, ce déficit n'est pas spécifique à l'autisme, puisqu'on le retrouve également chez les enfants porteurs de trisomie 21 ou d'un syndrome de Williams-Brunen par exemple.

4.2 Causes environnementales :

Au vue d'une hausse épidémiologique qui n'est pas totalement expliquée par l'influence génétique, les chercheurs ont été amenés à prendre en compte les facteurs environnementaux dans les causes d'émergence de l'autisme.

Parmi les causes environnementales, on retrouve les virus, certaines infections telles que l'encéphalite qui peut notamment être provoquée par la rougeole, la rubéole congénitale, les oreillons et la varicelle.

On pense également aux vaccins, bien qu'actuellement aucune étude scientifique n'ait prouvé qu'un vaccin entraîne un syndrome autistique.

Les médicaments et la prématurité sont aussi soupçonnés d'être une cause probable à l'apparition d'un syndrome autistique.

4.3 Causes génétiques :

L'intérêt de se pencher sur la génétique dans l'autisme est apparue suite aux observations sur la prévalence très importante dans le cas de vrais jumeaux et les associations de l'autisme avec le syndrome X-Fragile (malformation du chromosome X).

Les autres enfants de la fratrie ont un risque d'au moins 3% d'être atteints d'autisme, au sens strict et 3% supplémentaires de développer des troubles envahissants du développement (Bolton P. et All, 1994).

Il est donc établi que le risque d'autisme est 50 à 100 fois plus élevé dans la fratrie d'une personne autiste que dans la population générale.

Il ne fait aucun doute que l'autisme est une pathologie multifactorielle où les facteurs génétiques jouent un rôle très important.

CHAPITRE II

La prise en charge orthophonique de l'enfant autiste

Selon les recommandations de l'HAS, la personne autiste doit bénéficier d'une intervention selon son âge, ses caractéristiques propres, la forme clinique de sa pathologie, de sa propre évolution mais également de l'évolution environnementale.

Plusieurs types de prises en charge sont actuellement à la disposition des professionnels. L'hétérogénéité clinique de la pathologie étant avérée, une seule méthode ou un seul programme ne peut être considéré comme moyen exclusif dans la prise en charge de l'enfant ayant des troubles autistiques.

1. Le programme TEACCH

Le programme TEACCH (Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped CHildren) est un programme de traitement et d'éducation qui s'adresse aux personnes atteintes d'autisme. Il a été élaboré par **Eric Schoppler** et ses collaborateurs de l'Université de Chapel Hill en Caroline du Nord dans les années 60, et a été reconnu officiellement en 1972.

Il peut être utilisé à partir de la pose du diagnostic et se poursuivre durant toute la vie d'adulte.

Eric Schoppler et ses collaborateurs vont postuler que l'autisme n'est pas le résultat d'une pathologie parentale mais qu'il a probablement été causé par un dysfonctionnement cérébral d'origine organique encore indéterminé. Ainsi pour eux, il n'est pas pensable de séparer l'enfant des parents, mais au contraire, de les former à devenir des « co-thérapeutes ». C'est ainsi que lorsque le diagnostic d'autisme est posé, les parents viennent régulièrement dans les centres avec l'enfant pour apprendre à répondre aux besoins spécifiques de celui-ci et également pour comprendre ses difficultés.

Le but de cette collaboration parents/professionnels a pour but premier de maintenir une « vie ordinaire » à l'enfant.

C'est une approche généraliste, puisque l'on ne considère pas l'enfant sous un angle unique, mais on le considère dans sa globalité. Il n'y a pas de distinction entre les aspects éducatifs, pédagogiques et thérapeutiques.

On va aborder tous les problèmes engendrés par l'autisme, et enseigner toutes les compétences nécessaires à une meilleure adaptation. Le programme TEACCH permet de

donner aux parents tous les outils, les compétences ou les stratégies qui permettront de développer tous les aspects de sa personnalité.

Une évaluation formelle et informelle est nécessaire pour élaborer un programme éducatif individuel bien adapté au profil de l'enfant autiste, puisque le programme s'appuie sur ses compétences et ses capacités.

L'accent est mis sur l'organisation de l'espace. En effet, structurer l'espace permet d'aider l'enfant à comprendre les attentes de la personne qui l'accompagne. Il a besoin de pouvoir associer un lieu avec une activité. Une convention sera donc établie : une activité se fera toujours dans un même lieu.

La structuration du temps est également très importante. L'enfant autiste a des difficultés avec cette notion, il a besoin de repères et de prévisibilité. Il faut le plus possible bannir tout changement dans le déroulement de sa journée, pour lui permettre d'acquérir une certaine notion de temps et une maîtrise de la journée. Pour pouvoir contourner cette difficulté, gérer et anticiper les changements, on va pouvoir utiliser différents supports visuels tels que les objets, les photos, les dessins ou les pictogrammes, et ainsi créer des calendriers et des emplois du temps.

Toutes ces aides visuelles vont aussi permettre à l'enfant de ne plus dépendre de l'autre, mais il va au contraire accéder à une certaine autonomie.

Pour les enfants qui n'ont pas de langage oral ou un langage trop restreint, on mettra en place un outil de communication stable sur lequel on s'appuiera. Ces aides pourront également être utilisées avec un enfant verbal dans le but d'étayer sa communication.

2. Le système de communication PECS

Le PECS (Picture Exchange Communication System) est un système de communication par échange d'images. Il s'agit d'une méthode d'apprentissage de la communication de façon alternative, pour les enfants qui n'ont pas de communication verbale ou non fonctionnelle.

Avec ce système, c'est l'enfant qui est à l'initiative de la communication pour demander à obtenir un résultat. On associe toujours une récompense concrète au renforcement social, ainsi on ne va pas seulement donner mais aussi féliciter.

C'est une méthode qui intègre les principes de base de la méthode ABA pour laquelle on personnalise beaucoup l'échange en fonction des acquis et de l'entourage.

Le matériel à utiliser est simple, il s'agit d'un classeur de communication composé d'intercalaires sur lesquels on dispose des pictogrammes ainsi qu'une bande phrase.

La première chose à faire est tout d'abord d'évaluer les besoins de l'enfant, ses intérêts. Pour cela une sélection attentive et rigoureuse des renforçateurs devra être effectuée (jouets préférés de l'enfant, objets lumineux, etc...), après discussions avec les parents.

Le PECS comporte 6 phases au total.

2.1 Phase I : Echange physique

En voyant son objet préféré, l'enfant prend l'image qui lui correspond, l'apporte à son interlocuteur et la dépose dans sa main.

Il est donc indispensable de s'assurer au préalable que l'enfant veut l'objet, car c'est bien à l'enfant d'initier l'échange. On propose donc l'objet, on attend de voir s'il essaie de l'attraper.

Pour atteindre cet objectif, il est impératif de ne pas faire d'incitation verbale, il faut garder le silence tant que l'enfant n'a pas remis l'image et qu'on n'est pas dans une demande de l'enfant. De plus, deux intervenants sont nécessaires : « le partenaire de communication » se tient en face de l'enfant, tandis que « l'incitateur physique » se tient derrière et s'occupe de la guidance physique.

Au début, l'interlocuteur doit bien avoir la main tendue et progressivement il va estomper cette aide physique, et ne tendre la main que lorsque l'enfant approche l'image.

2.2 Phase II : Croître la spontanéité

L'objectif est que l'enfant se dirige vers le classeur de communication, qu'il détache lui-même son image et se dirige lui-même vers son partenaire de communication et la lui remette.

On va augmenter progressivement la distance entre l'enfant et l'interlocuteur. On ne passe pas à l'étape suivante tant qu'il n'y a pas 80% de réussite à cette étape. Puis on augmente la distance entre l'enfant et l'image qu'il doit donner.

2.3 Phase III : Discrimination des pictogrammes

Jusqu'à cette étape, les capacités de l'enfant en lecture d'images n'ont normalement pas été testées, il a peut-être juste compris qu'il fallait donner quelque chose pour avoir quelque chose. La question du sens va se poser dans cette étape de l'apprentissage.

L'objectif de cette phase est que l'enfant arrive à demander un objet en allant vers son livre de communication et en choisisse l'image qui l'intéresse parmi un ensemble d'images, puis se dirige vers son interlocuteur pour la lui remettre.

On travaille d'abord la discrimination entre deux pictogrammes, puis entre plusieurs pictogrammes. Le choix entre deux pictogrammes implique que l'on travaille entre un objet aimé et un objet qui ne l'est pas.

Par la suite, il faudra vérifier la relation objet-pictogramme : il choisit entre deux pictogrammes, en remet un à l'interlocuteur, et va choisir lui-même l'objet correspondant.

2.4 Phase IV : Construction de phrases

On travaille avec la bande phrase du classeur de communication.

Dans cette étape, l'enfant demande l'objet qu'il souhaite (qu'il soit visible ou non), il doit utiliser le pictogramme « je veux » ainsi que celui de l'objet désiré, il doit les placer sur la bande phrase et remettre celle-ci à son interlocuteur.

Au départ, le pictogramme « je veux » est fixe, puis on ne le positionne plus et on lui apprend à l'utiliser.

2.5 Phase V : Réponse à une question

A la fin de cette phase, l'enfant doit pouvoir répondre à la question « qu'est-ce que tu veux ? ». L'enfant a suffisamment gagné en autonomie pour répondre à une question. C'est un travail sur la prise en compte de la demande de l'autre.

2.6 Phase VI : Commentaire en réponse à une question

L'enfant va pouvoir répondre aux questions « qu'est-ce que tu veux ? », « qu'est-ce que tu vois ? », « qu'est-ce que tu entends ? ». On travaille également sur les sentiments de base.

Dans cette phase, on peut ajouter des sollicitations verbales telles que « regarde », « écoute ».

3. Le Makaton

Le programme Makaton est un système de communication augmenté multimodal. Il est constitué d'un lexique ouvert comportant un vocabulaire fonctionnel de base enseigné avec des signes (gestes) et des symboles (images) sous-tendus par le langage oral.

Le vocabulaire Makaton a été créé en 1972 par **Margaret Walker**, orthophoniste pour adultes sourds, puis utilisé chez les adultes et les enfants présentant des troubles des apprentissages.

Le vocabulaire de base est composé de 450 concepts, échelonnés en complexité et considérés comme étant les plus appropriés aux besoins de l'enfant. Ils sont répartis en 8 niveaux, ainsi qu'un niveau complémentaire.

Les deux premiers niveaux comportent des séries de mots en rapport avec les besoins élémentaires de l'enfant, et petit à petit le vocabulaire s'étend.

Dès le premier niveau, toutes les classes grammaticales sont représentées.

Les signes utilisés sont empruntés à la LSF. On ne signe que les mots clés, et l'ordre des signes est celui de la langue parlée (syntaxe du français).

Les symboles sont issus principalement des systèmes BLISS et REBUS.

Le programme Makaton donne un cadre de travail et aide dans une progression structurée.

Il est important de respecter plusieurs principes.

3.1 La personnalisation :

Les items non pertinents dans chaque niveau doivent être enlevés, et les items restant doivent se voir attribuer un ordre de priorité. Ainsi, un item de niveau supérieur pourra être introduit dans les premiers niveaux selon les besoins de l'enfant.

3.2 L'enseignement planifié :

Il faut privilégier une mise en scène de la vie quotidienne plutôt que des situations rééducatives plus « formelles ».

Le nouveau vocabulaire est introduit par groupes de mots limités (entre 3 et 5). Il faut sans cesse capter l'attention de l'enfant en signant les mots qui permettent de le solliciter. Il est possible de renforcer l'apprentissage en utilisant des symboles.

3.3 La généralisation des concepts :

La généralisation est importante pour éviter que les stéréotypies se développent davantage. Elle doit se faire au fur et à mesure des acquisitions afin de ne pas figer un concept dans une utilisation situationnelle.

3.4 Le support pictographique :

On utilise un cahier de communication qui sera adapté aux besoins de chaque enfant. Cela permet de travailler conjointement la séquentialité et l'anticipation des activités ou des situations.

Il est parfois nécessaire d'ajouter une étape avant l'introduction des pictogrammes, car certains enfants n'ont pas accès à la compréhension symbolique. On utilisera donc des photos, des images, des dessins ou des objets.

L'utilisation des signes peut se faire en parallèle et n'est absolument pas à proscrire, puisque ceux-ci vont servir de soutien pour donner du sens aux mots.

Pour les enfants dont le langage ne se développera pas, le Makaton deviendra alors un moyen de communication alternatif à part entière, et non plus un moyen de communication augmentatif.

CHAPITRE III

La méthode ABA

1. Historique

A.B.A. signifie Applied Behavior Analysis, ce qui se traduit actuellement en français par Analyse Appliquée du Comportement.

Cette méthode est donc une approche comportementale, elle est issue de plusieurs travaux dont ceux d'**Ivar Lovaas**, docteur en psychologie. Les débuts de la méthode A.B.A. remontent aux années 60. A cette époque, Lovaas cherche à améliorer les facultés d'apprentissage des enfants autistes, et il expérimente alors des méthodes inspirées de l'analyse comportementale de **Skinner** (1959). Ses études ont permis de démontrer que si l'enfant était pris en charge avant 5 ans, celui-ci pouvait présenter des conduites intellectuelles dites normales dans 50% des cas.

Depuis, de nombreux articles démontrant l'efficacité de la méthode A.B.A. ont été publiés (Dr Krantz, McClannahan).

2. Que signifie A.B.A. ?

➤ Analyse

La méthode A.B.A., par une observation scientifique, cherche à identifier les relations fonctionnelles entre les comportements et les événements qui sont présents dans l'environnement, et qui incluent les antécédents et les conséquences.

➤ Béhaviorale

L'A.B.A. s'intéresse aux changements de comportement observables et mesurables qui auront une application réelle pour la personne concernée.

➤ Appliquée

L'A.B.A. met l'accent sur l'implantation des principes de bases de modification du comportement dont l'efficacité a été scientifiquement démontrée.

Mais pour comprendre la méthode A.B.A., il est nécessaire de rappeler ce que l'on entend par comportement.

3. Le comportement

3.1 Définition :

Un comportement est un objet observable et mesurable. On peut le voir, l'entendre et mesurer sa durée. On peut observer la variété des comportements selon la variété des contextes. De plus, un comportement peut être décrit avec un verbe d'actions (toucher, fermer, dénombrer, trier,...).

Dans la méthode A.B.A., on ne s'intéresse qu'aux comportements visibles, dit « over », de telle sorte que les comportements non visibles (« covert »), c'est-à-dire les pensées, les intentions, les idées, ne font pas partie du programme A.B.A.

Cette méthode nécessite que l'on pose des hypothèses fondamentales, à savoir :

- Le comportement a une fonction.
- Le comportement est une forme de communication.
- Le comportement est souvent relié à ce qui se passe avant et après.
- Parfois le comportement peut servir plusieurs fonctions.

3.2 Fonctions du comportement :

Le comportement peut avoir plusieurs fonctions :

- Eviter de répondre à une demande.
- Recherche d'un plaisir tangible : réduire un inconfort physique, obtenir un plaisir physique.
- Recherche d'attention.
- Recherche de stimulation sensorielle, qui calme ou apporte une excitation agréable.

4. Etapes de la prise en charge

La prise en charge englobe 3 étapes.

4.1 Etape initiale :

C'est une étape où l'on doit apprendre à connaître l'enfant. C'est le moment où l'on doit installer une relation de confiance, une relation chaleureuse, créer une atmosphère positive.

Le premier mois de prise en charge va surtout être l'occasion d'identifier le renforcement à utiliser. Il faut également prendre le temps de déterminer les points forts et les points faibles de l'enfant.

L'enfant doit comprendre que collaborer à la demande entraîne des réponses immédiates et des récompenses fréquentes, il « apprend à apprendre ».

Dans l'étape initiale, l'enfant doit acquérir des compétences « simples », comme s'asseoir, attendre, réagir à des consignes, rester sur une tâche d'apprentissage, etc... C'est une façon de créer des conditions propices aux apprentissages qui vont suivre.

4.2 Etape intermédiaire :

Durant ces étapes, on met en place des apprentissages de modes de communication spécifiques, de jeux, d'autonomie et de vie sociale.

Selon les besoins de l'enfant, on adapte la technique. Le but est d'augmenter les facultés de l'enfant à apprendre et vivre en milieu naturel. C'est pourquoi la prise en charge doit être appliquée aussi naturellement que possible. Petit à petit, on proposera à l'enfant de jouer en collectivité et à être dans les activités sociales.

4.3 Etape avancée :

Ce sont des étapes où l'on va essayer de transférer les apprentissages à la vie quotidienne, à l'environnement de l'enfant. C'est à ce moment-là que l'on travaille les facultés de communication, les subtilités sociales et affectives.

Les apprentissages se font en milieu naturel, c'est donc la période où a lieu l'intégration à l'école.

5. Le renforcement

5.1 Définition :

Le terme « renforcement » est utilisé pour évoquer les récompenses que l'on donne à l'enfant lorsque celui-ci émet une réponse adaptée à ce qu'on lui a demandé.

La réussite de la méthode repose beaucoup sur la puissance et l'efficacité des renforçateurs utilisés.

Tout programme doit commencer avec des renforçateurs fréquents que l'on va progressivement diminuer.

5.2 Identification des renforçateurs :

Dans le but d'identifier des renforçateurs, l'observation de l'enfant peut être une aide précieuse. On va donc mettre à disposition de celui-ci des renforçateurs potentiels.

Les renforçateurs peuvent perdre de leur intérêt par un effet dit de « satiété ». Pour maintenir l'intérêt et la valeur du renforçateur, il est parfois utile de rendre la récompense inaccessible.

Il peut être intéressant d'inclure le renforçateur le plus puissant parmi un roulement de renforçateurs moins forts.

On recommande également de réserver les renforçateurs très efficaces à certains moments où lors de comportements particuliers.

Le fait d'associer des renforçateurs potentiels à d'autres renforçateurs déjà établis va permettre d'en créer de nouveaux. Grâce à cette association, ils prendront une valeur de renforcement identique. C'est de cette façon qu'on introduira les renforçateurs sociaux tels que les félicitations et les encouragements.

5.3 Règles de renforcement :

Il est important de respecter un certain nombre de règles pour que le renforcement soit efficace, il s'agit en quelque sorte d'une ligne de conduite.

- Le renforcement doit renforcer :

Il est nécessaire que la réponse ait bien une valeur renforçante. Ce qui est renforçant pour un enfant ne l'est pas forcément pour un autre. C'est pourquoi il faut très souvent réévaluer la qualité du renforçateur. Il faut être certain que le but de l'enfant est bien d'obtenir l'élément que l'on considère comme renforçateur.

- Le renforcement doit être contingent :

Lorsque la réponse souhaitée est obtenue, le renforçateur doit être disponible immédiatement.

Pour ne pas diminuer le pouvoir du renforçateur, il faut veiller à ce que celui-ci ne soit pas accessible en dehors des comportements cibles.

- Utiliser toute une gamme de renforçateurs :

En proposant de varier souvent les renforçateurs, on évite que l'enfant se lasse. Il est également important de garder les renforçateurs que l'enfant préfère pour les comportements les plus importants.

- Les renforçateurs sociaux doivent être combinés avec les renforçateurs de base :

Afin que les renforçateurs sociaux, tels que sourires et félicitations, finissent par renforcer, il faut les associer avec des renforçateurs de base. Ceci nous permettra de restreindre les renforçateurs matérialisés.

Il est également important de continuer à développer et identifier continuellement des renforçateurs, à utiliser des renforçateurs adaptés à l'âge, de formuler le comportement qui est renforcé (au début des apprentissages), de tendre vers des renforçateurs pratiques et naturels.

HYPOTHESES

Nous venons de voir les fondements théoriques concernant l'autisme et les troubles du spectre autistique. Il s'agit d'une pathologie complexe qu'il n'est pas toujours évident de diagnostiquer et prendre en charge.

L'orthophoniste qui finit sa formation initiale se retrouve face à cette pathologie qui ne ressemble à aucune autre. Celui-ci a été formé à tous les domaines de l'orthophonie. Cependant certains thèmes comme l'autisme ou les troubles du spectre autistique ne sont que trop peu abordés. L'enseignement reste très théorique et difficile à transposer dans la réalité de la prise en charge.

Partant du principe que la formation de base de l'orthophoniste reste insuffisante pour mettre en confiance le professionnel face à cette prise en charge, nous chercherons à étudier la part que représente la prise en charge de l'autisme ou des troubles du spectre autistique chez les orthophonistes, puis quelle technique le professionnel utilise au cours de cette prise en charge, à savoir quelles techniques sont jugées adaptées et sont les plus utilisées.

Parmi toutes les techniques, nous nous intéresserons à la méthode A.B.A. qui est une méthode comportementale, jugée efficace notamment en ce qui concerne l'inhibition de comportements négatifs, que ce soit lors d'une prise en charge ou dans l'environnement naturel de l'enfant. Quelle place occupe cette méthode dans la prise en charge orthophonique, quel est son usage ?

En parallèle, l'étude s'intéresse à la perception qu'ont des parents d'enfants autistes de la prise en charge orthophonique. A quel moment est posé le diagnostic, à quel moment intervient cette prise en charge et à quel rythme est-elle proposée ?

Le questionnement qui a fait émerger le travail de cette étude est le suivant :

Quelle place occupe la prise en charge de l'enfant autiste et/ou ayant des troubles du spectre autistique dans la pratique orthophonique ?
--

Ainsi afin de répondre à cette problématique, les hypothèses suivantes ont été posées :

1^{ère} hypothèse : Comment se situe l'orthophoniste par rapport à la prise en charge de l'autisme et/ou des troubles du spectre autistique, quelles sont les techniques qu'il utilise ? Quelle place est accordée à la méthode A.B.A. ?

2^{ème} hypothèse : Comment s'articule le lien entre les parents et l'orthophoniste prenant en charge leur enfant ?

PARTIE EXPERIMENTALE

CHAPITRE I

Hypothèses opérationnelles et méthodologie

1. Méthodologie

1.1 Population

1.1.1 Les professionnels

L'étude ne porte que sur des professionnels orthophonistes, le but étant de rendre compte de la prise en charge actuelle des enfants autistes au niveau orthophonique.

1.1.2 Les parents

Le questionnaire a été transmis par l'intermédiaire des orthophonistes contactés pour l'étude aux parents d'enfants suivis en orthophonie et ayant un trouble du spectre autistique.

1.2 Outils méthodologiques

Deux questionnaires ont été élaborés :

- Un questionnaire pour les thérapeutes concernant la prise en charge des enfants autistes.
- Un questionnaire pour les parents d'enfants autistes concernant le suivi orthophonique.

Les deux questionnaires sont des questionnaires anonymes, aucun lien entre les orthophonistes et les parents des enfants concernés par la prise en charge n'est fait. Les questions des deux questionnaires sont des questions fermées afin de limiter le temps de complétion de ceux-ci, mais aussi dans le but de faciliter les recoupements entre les différentes réponses.

1.2.1 Questionnaire destiné aux orthophonistes

Le questionnaire a été scindé en deux grandes parties.

La première partie est une évaluation large de la prise en charge orthophonique, et permet également d'apporter des renseignements sur le professionnel.

- L'année du diplôme va nous renseigner sur l'ancienneté de la formation initiale que le thérapeute a suivie par rapport aux années d'expérience.
- Le lieu d'exercice laisse supposer qu'un orthophoniste exerçant en structure n'aura pas forcément le choix de l'orientation de la prise en charge, mais sera plus ou moins contraint de suivre l'orientation adoptée par la structure. Cependant, on peut aussi penser que l'accès à la formation continue sera beaucoup accessible, puisque potentiellement imposée.
- Le contact avec des enfants autistes : c'est une question qui permet de cibler la population d'orthophonistes recherchée et qui va nous permettre de faire l'étude.
- La part de patientelle représentée par des enfants autistes laisse supposer que si le thérapeute est régulièrement confronté à cette prise en charge particulière, il sera d'autant plus familiarisé avec celle-ci. Cela nous permet également de savoir si la prise en charge est représentative ou non de la population de sa patientelle.
- Les techniques utilisées vont nous apporter une indication sur la diversité des méthodes utilisées dans la prise en charge orthophonique, ainsi que leur complémentarité.
- L'aisance dans la méthode choisie va nous permettre de recueillir le sentiment des orthophonistes par rapport à leur formation à toutes les méthodes existantes, que ce soit par la formation initiale ou la formation continue.
- La valeur « résultats obtenus » suite à la prise en charge permet de savoir si les orthophonistes estiment leur mode de prise en charge suffisamment performant.
- L'amélioration de la prise en charge orthophonique peut nécessiter différents changements. Ici, on demande au thérapeute d'identifier ce qui manque à sa prise en charge pour que celle-ci soit davantage efficace et satisfaisante.

La 2^{ème} partie du questionnaire porte plus particulièrement sur la méthode A.B.A., en effet cette méthode étant une méthode encore peu utilisée sur notre territoire et dans le monde

orthophonique, il nous a semblé intéressant d'explorer les connaissances des orthophonistes au sujet de cette méthode, ainsi que l'utilisation éventuelle qui en est faite.

- La formation à la méthode A.B.A. permet quant à elle d'estimer le nombre d'orthophonistes ayant répondu et étant formés à la méthode, mais aussi de donner un ordre d'idées sur les orthophonistes pratiquant l'A.B.A. sans être formés spécifiquement à cette méthode.
 - Les études qui ont été faites et où il est stipulé que cette méthode est d'autant plus efficace qu'elle est intensive, d'où notre intérêt pour la fréquence d'utilisation de cette méthode.
 - L'utilisation d'une grille d'observation comportementale est habituellement recommandée. Le but au travers de cette question étant de savoir si celle-ci est réalisable dans la pratique quotidienne de la prise en charge orthophonique.
 - Nous nous intéressons ici à la méthode A.B.A. car peu d'études françaises ont mis en rapport cette méthode avec le domaine orthophonique.
 - Les quatre dernières questions de ce questionnaire porte sur les renforcements :
 - Le type de renforcements utilisés, afin de voir la diversité de ceux-ci,
 - Le changement de renforçateurs : y a-t-il un changement, à quelle fréquence, et se fait-il en accord avec les parents ?
- ⇒ Ces questions peuvent nous renseigner sur la pratique orthophonique de cette méthode.

1.2.2 Questionnaire destiné aux parents

Le questionnaire destiné aux parents a été conçu de façon à ce qu'il ne soit pas trop intrusif et qu'il soit plus rapide par rapport au questionnaire destiné aux orthophonistes.

- La date de naissance de l'enfant nous donne une idée du recul des parents par rapport à la pathologie de leur enfant, et à la prise en charge de celui-ci.

- L'âge de la mise en évidence d'un trouble de la communication permet d'apprécier le temps qu'il a fallu pour que les troubles soient repérés (par l'entourage de l'enfant), mais permet aussi de mettre en évidence le temps de latence entre les premiers troubles constatés et la pose d'un diagnostic.
- Les trois questions qui suivent portent sur le diagnostic en particulier. Quel type de diagnostic a été posé, et à quel âge. Les réponses à ces questions mettent en avant le diagnostic précoce ou tardif.
- La proposition d'une prise en charge orthophonique permet d'apprécier la réactivité de l'entourage de l'enfant par rapport à la nécessité d'une prise en charge orthophonique dans les troubles autistiques.
- Le début de la prise en charge orthophonique permet d'apprécier le temps de latence entre la pose du diagnostic et la prise en charge orthophonique.
- Deux questions sont basées sur la fréquence de la prise en charge orthophonique et donnent la possibilité aux parents de juger de la suffisance de celle-ci.
- L'apport de la prise en charge orthophonique dans l'évolution de l'enfant au sens large, nous renseigne sur ce qui a été profitable à l'enfant suite à cette prise en charge (communication, comportements, intérêts pour autrui, sociabilisation, apprentissages).

1.3 Mode de traitement des données

Les données seront tirées de l'analyse des différents questionnaires.

L'analyse sera d'une part quantitative du fait d'un travail d'analyse longitudinale, d'autre part qualitative, mais aussi en rapport l'un à l'autre (questionnaires orthophonistes/parents).

2. Hypothèses opérationnelles

Le but de l'étude est d'observer l'impact de notre formation dans la prise en charge orthophonique de l'enfant autiste ou ayant des troubles du spectre autistique, mais également la réalité de la relation entre le thérapeute et les parents.

Il s'agit d'une étude prospective pour laquelle deux hypothèses opérationnelles sont posées :

- D'une part, les orthophonistes éprouvent-ils une réticence à la prise en charge de l'enfant autiste :
 - Se sentent-ils suffisamment compétents avec une seule méthode ou préfèrent-ils en utiliser plusieurs ?
 - Parmi les différentes techniques de prise en charge, les orthophonistes ont-ils connaissance de la méthode A.B.A. et comment l'utilisent-ils dans leur pratique ?

- D'autre part, à quel moment l'orthophoniste intervient-il dans la prise en charge multidisciplinaire de l'enfant autiste par rapport à la pose du diagnostic ?
 - Comment cette prise en charge est-elle appréciée ?
 - Cette prise en charge est-elle jugée suffisamment intensive et précoce ?

CHAPITRE II

Résultats et analyses

Etude du questionnaire à l'attention des
orthophonistes :

Quelle place occupe les troubles du spectre autistique
dans la prise en charge orthophonique ?

1. Analyse des réponses aux questionnaires destinés aux orthophonistes

27 réponses sur 130 questionnaires envoyés ont été comptabilisées. Les informations qui en ont été extraites sont présentées ci-dessous.

1^{ère} partie :

Présentation du professionnel

1. En quelle année avez-vous été diplômé(e) ?

	Nb d'orthophonistes diplômés	Nb d'orthophonistes utilisant A.B.A.	%age d'orthophonistes utilisant A.B.A.
Années 1971 à 1980	2	1	50%
Années 1981 à 1990	2	2	100%
Années 1991 à 2000	6	4	67%
Années 2001 à 2010	9	6	67%
Années 2011 à 2012	8	6	75%
Total	27	19	70%

Cette question que l'on a recoupée avec la deuxième partie du questionnaire permet de faire un état des lieux des orthophonistes pratiquant la méthode A.B.A. en fonction de leur année de diplôme. Il en ressort que les orthophonistes diplômés récemment (moins de 2 ans) sont pour les trois quarts formés à A.B.A.

De manière générale, les réponses nous relatent que 70% des orthophonistes se sont formés.

2. Où exercez-vous ?

Structure, laquelle ?.....

Libéral

Autre, à préciser :

	données brutes	%age
Structure	17	63%
Libéral	5	19%
Mixte	5	19%
Total	27	100%

Avec ces données, on peut constater que deux cinquièmes des prises en charge orthophoniques d'enfants autistes ou ayant des troubles du spectre autistique se font également en cabinet libéral (libéral + mixte). Il n'y a donc pas de réticence à suivre ce type de prise en charge dans l'exercice libéral.

3. Etes-vous en contact avec des enfants présentant des troubles dysharmoniques et/ou autistiques?

Non

Oui

	Données brutes	%age
OUI	27	100%
NON	0	0%
Total	27	100%

La totalité des orthophonistes ayant répondu aux questionnaires prennent en charge des enfants autistes. Nous pouvons supposer que ceux qui ne les prennent pas en charge ont préféré ne pas répondre aux questionnaires.

4. Quelle part de votre patientelle représente ces patients ?

Nulle

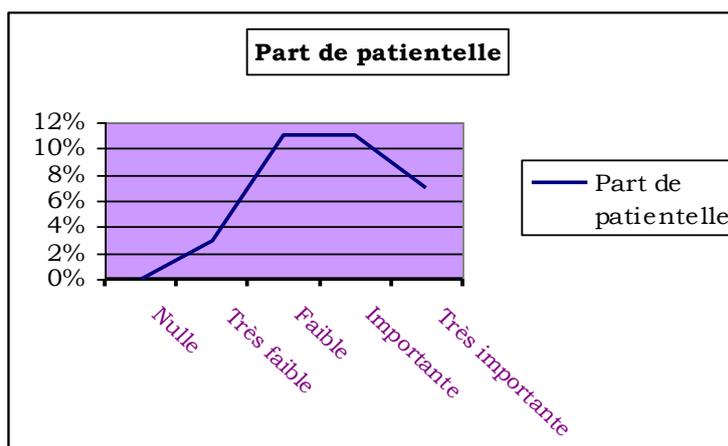
Très faible

Faible

Importante

Très importante

	Données brutes	%age
Nulle	0	0%
Très faible	3	11%
Faible	11	41%
Importante	11	41%
Très importante	2	7%
Total	27	100%



Suite aux réponses obtenues, on remarque que les résultats forment une courbe en cloche de Gauss.

5. Quelle(s) technique(s) utilisez-vous pour ce type de patients ?

TEACCH

PECS

A.B.A. ou méthodes comportementalistes

Makaton

Sensorielle

Classique

	Données brutes	%age
TEACCH	11	15%
PECS	22	31%
ABA	13	18%
Makaton	10	14%
Sensorielle	6	8%
Classique	10	14%
Total cumulé	72	100%

Les orthophonistes ont coché plusieurs réponses. Ainsi les orthophonistes ayant répondu à cette étude révèlent qu'ils utilisent plusieurs méthodes concernant la prise en charge de l'autisme. A ce stade du questionnaire, on peut émettre plusieurs hypothèses sur ces prises en charge très diversifiées. Soit les orthophonistes peuvent se sentir un peu démunis en matière de formation approfondie et vont donc utiliser plusieurs techniques, soit au contraire, une maîtrise de plusieurs méthodes ce qui va leur permettre de s'adapter à chaque enfant.

6. Globalement vous sentez-vous à l'aise avec le(s) type(s) de prise(s) en charge que vous utilisez ?

Non

Oui

	Données brutes	%age
OUI	23	85%
NON	3	11%
Moyennement	1	4%
Total	27	100%

85% des orthophonistes interrogés reconnaissent être à l'aise avec le(s) type(s) de prise(s) en charge qu'ils utilisent. Les orthophonistes ne se sentent donc pas démunis face à ce type de prise en charge, mais au contraire ils prennent en charge cette pathologie parce qu'ils se sentent suffisamment compétents pour le faire.

7. Si non, estimez-vous manquer d'informations sur les autres types de prises en charge ?

Non

Oui

	Données brutes	%age
OUI	5	19%
NON	10	37%
non réponse	12	44%
Total	27	100%

Les 44% de non réponses correspondent à une partie des personnes ayant répondu « oui » à la question précédente. Ainsi sur les orthophonistes ayant répondu à cette question, un tiers estime manquer d'informations et deux tiers n'éprouvent pas de lacunes. On constate qu'il n'y a pas de manque au niveau des informations sur les autres techniques de prises en charge. Les orthophonistes se donnent les moyens de se former et de s'informer.

8. Comment jugez-vous les résultats obtenus ?

Très satisfaisant

Plutôt satisfaisant

Plutôt insatisfaisant

Très insatisfaisant

	Données brutes	%age
Très satisfaisant	4	15%
Plutôt satisfaisant	21	78%
Plutôt insatisfaisant	1	4%
Très insatisfaisant	0	0%
Non réponse	1	4%
Total	27	100%

92% des orthophonistes se disent satisfaits ou très satisfaits. Ils se sentent efficaces dans la prise en charge de l'enfant autiste. Ce qui vient en corrélation avec les questions précédentes.

9. Selon vous, qu'est-ce qui améliorerait ce type de prise en charge ?

Plus de contacts avec les autres professionnels

Plus de méthodes disponibles

Plus de sources d'informations

Plus de liens avec la famille

	Données brutes	%age
Plus de contacts avec les professionnels	15	35%
Plus de méthodes disponibles	3	7%
Plus de sources d'informations	8	19%
Plus de liens avec la famille	13	30%
Non réponse	2	5%
Autre	2	5%
Total cumulé	43	100%

Il semble que, selon les orthophonistes, plus de liens avec l'entourage des enfants améliorerait leur prise en charge, que ce soit avec les autres professionnels ou avec la famille.

10. Connaissez-vous la méthode A.B.A. ? Non Oui

	Données brutes	%age
OUI	24	89%
NON	3	11%
Total	27	100%

89% de la population interrogée a connaissance de la méthode A.B.A.

11. Vous êtes vous formé(e) à la méthode ABA ? Non Oui

	Données brutes	%age
OUI	10	37%
NON	17	63%
Total	27	100%

Sur les 24 orthophonistes ayant connaissance de la méthode A.B.A., seuls 10 orthophonistes ce sont formés.

12. Depuis combien de temps utilisez-vous cette méthode ? - de 6 mois De 6 mois à 1 an De 1 an à 1 an ½ De 1 an ½ à 2 ans + de 2 ans

	Données brutes	%age
Moins de 6 mois	0	0%
De 6 mois à 1 an	3	16%
De 1 an à 1 an 1/2	2	11%
De 1 an 1/2 à 2 ans	1	5%
De plus de 2 ans	10	53%
Non réponse	3	16%
Total	19	100%

19 orthophonistes sur 24 ont continué à répondre au questionnaire puisqu'ils utilisent la méthode A.B.A.

Parmi ceux-ci, plus de la moitié pratiquent la méthode A.B.A. depuis plus de 2 ans.

13. A quelle fréquence l'utilisez-vous?

1 fois par semaine

2 fois par semaine

3 fois par semaine

Plus de 3 fois par semaine

De façon aléatoire

	Données brutes	%age
1 fois/semaine	0	0%
2 fois/semaine	1	5%
3 fois/semaine	0	0%
Plus de 3 fois/semaine	11	58%
Aléatoire	4	21%
Non réponse	3	16%
Total	19	100%

58% des 19 orthophonistes utilisent la méthode A.B.A. plus de 3 fois par semaine, donc de façon plutôt intensive.

14. Utilisez-vous une grille d'observation comportementale ?

Non

Oui

	Données brutes	%age
OUI	8	42%
NON	11	58%
Total	19	100%

Plus de la moitié des personnes ayant répondu utilise une grille d'observation comportementale.

15. Pour quelle raison utilisez-vous cette méthode ?

Pour sa pertinence

Pour son accessibilité

Pour son efficacité

Parce qu'elle fait l'objet d'un consensus (avec les parents, avec les autres professionnels,..)

	Données brutes	%age
Pour sa pertinence	9	26%
Pour son accessibilité	3	9%
Pour son efficacité	13	38%
Parce qu'il y a un consensus	6	18%
Non réponse	3	9%
Total cumulé	34	100%

Peu d'orthophonistes utilisent la méthode A.B.A. pour son accessibilité, mais plus pour sa pertinence et son efficacité (quand il n'y a pas de consensus avec la structure). Cela laisse supposer que malgré le fait que cette méthode ne soit pas facile d'accès, les orthophonistes font l'effort de se former soit par un organisme soit par eux-même afin de pouvoir l'utiliser et d'en apprécier les avantages.

16. Quels types de renforcement privilégiez-vous ?

Gustatifs

Sensoriels

Verbaux

	Données brutes	%age
Gustatifs	12	24%
Sensoriels	19	37%
Verbaux	18	35%
Non réponse	2	4%
Total cumulé	51	100%

Tous les types de renforçateurs sont utilisés. Les orthophonistes ne se cantonnent pas à un seul renforçateur mais s'adaptent aux besoins et envies de chaque enfant afin que la méthode soit la plus efficace possible.

17. Changez-vous de renforçateur ?

Non

Oui

	Données brutes	%age
OUI	16	84%
NON	2	11%
Non réponse	1	5%
Total	19	100%

89% des orthophonistes changent de renforçateurs, comme le préconise la méthode.

18. A quelle fréquence en moyenne effectuez-vous un changement de renforçateur ?

.....

	Données brutes	%age
Quand il n'est plus efficace	2	11%
Selon l'enfant	8	42%
Quand il n'est plus motivant	4	21%
Plusieurs à la fois	1	5%
Toutes les séances	1	5%
Non réponse	3	16%
Total	19	100%

Les réponses à cette question montrent la bonne adaptabilité des orthophonistes par rapport aux besoins des enfants pris en charge.

19. Les changements de renforçateurs se font-ils en accord avec la famille de l'enfant ?

Non

Oui

	Données brutes	%age
OUI	8	42%
NON	8	42%
Non réponse	3	16%
Total	19	100%

Les réponses sont équitablement réparties. Il semble que les réponses soient fonctions du rôle de la famille dans la prise en charge. On suppose que si la famille n'est pas très présente et réceptive à la prise en charge, l'orthophoniste ne ressentira pas le besoin de se mettre en accord avec elle pour le changement de renforçateur.

2. Interprétation des résultats concernant le questionnaire destinés aux orthophonistes

Toutes les références à des questions se rapportent aux résultats présentés dans la partie précédente.

2.1 Présentation de la population

27 orthophonistes sur 130 ont répondu au questionnaire, ce qui n'est pas représentatif de la profession, cependant les réponses sont suffisantes pour démontrer une certaine orientation de la part des orthophonistes.

Le questionnaire a été envoyé de façon totalement aléatoire, ainsi les orthophonistes ayant répondu sont susceptibles de travailler en secteur libéral, en structure, ou peuvent avoir une activité mixte.

Ceci nous permet de constater qu'il n'y a pas de différence dans l'activité de rééducation selon le lieu d'exercice, il n'y a pas de spécificité qui se détache à la lecture des réponses aux questionnaires, c'est pourquoi les données sont analysées globalement et non séparément.

La durée d'exercice professionnel varie de moins d'un an à 34 ans (cf question 1). La répartition n'évoque pas de particularité tangible et à nouveau les données sont traitées indifféremment de l'année du diplôme.

Tous les professionnels ayant retourné le questionnaire complété prennent en charge des enfants avec troubles du spectre autistique (cf question 3). La répartition de cette population sous forme de courbe de Gauss confirme d'une part, qu'il y a adéquation entre la répartition dans la population générale et le niveau de prise en charge, d'autre part que plus le professionnel pratique, plus la quantité de ce type de prise en charge augmente. Cette réalité statistique est valable pour toutes les pathologies.

2.2 Utilisation de plusieurs méthodes dans la prise en charge de l'enfant autiste

Les orthophonistes ont stipulé utiliser plusieurs méthodes lors de la prise en charge de l'enfant autiste ou avec trouble du spectre autistique (cf question 5) et dans 85% des cas, ils s'estiment à l'aise avec ces types de prises en charge (cf question 6). Il ressort que les plus utilisées sont TEACCH, PECS, ABA et Makaton qui sont des méthodes tirées de courants comportementalistes.

On constate également qu'il n'y a pas de manque de formation ressenti (cf question 7), les orthophonistes se donnent les moyens de pouvoir prendre en charge ce type de pathologie. Ce mode de fonctionnement leur convient parfaitement, les résultats obtenus sont jugés comme étant satisfaisants (cf question 8).

2.3 Connaissance de la méthode A.B.A.

La grande majorité des orthophonistes connaissent la méthode A.B.A. mais seulement un tiers se sont formés (cf questions 10 et 11). Cependant, parmi les orthophonistes qui ne se sont pas formés, une grande partie l'utilise. Cela rejoint ce qui a été énoncé précédemment à savoir que les orthophonistes s'informent par eux-mêmes lorsqu'ils en ressentent le besoin. Plus de la moitié des orthophonistes utilisent cette méthode depuis plus de 2 ans, à une fréquence relativement élevée (cf questions 12 et 13). Parmi ces orthophonistes, une majorité utilise une grille d'observation comportementale (cf question 14) et se réfère donc à l'utilisation conforme de la méthode A.B.A.

Ce premier questionnaire permet de répondre à la première hypothèse que nous avons posée. En effet, nous pouvons constater que les orthophonistes n'éprouvent pas de réticence à la prise en charge de l'enfant autiste ou avec des troubles du spectre autistique. Ils adoptent plusieurs méthodes de rééducation pour lesquelles ils se sentent à l'aise et compétents, ainsi que la méthode A.B.A. qui s'avèrent être connues et maîtrisées par un nombre significatif d'orthophonistes.

Etude du questionnaire à l'attention des parents :

Quelle vision de l'orthophonie dans la prise en charge
de leur enfant ?

1. Analyse des questionnaires destinés aux parents

9 questionnaires ont été comptabilisés. Les informations qui en ont été extraites sont présentées ci-dessous.

1. *Quelle est la date de naissance votre enfant?*

Les dates de naissance des enfants varient entre 1990 et 2007.

2. *A quel âge avez-vous remarqué des troubles de la communication ?*

.....

	Données brutes	%age
Naissance	1	11%
15 mois	1	11%
2 ans	5	56%
2 ans 6 mois	1	11%
3 ans 6 mois	1	11%
Total	9	100%

Les résultats obtenus à cette question concordent avec les données théoriques. C'est environ à l'âge de 2 ans (à la période où le langage explose) que les troubles de la communication sont vraiment constatés.

3. *Un diagnostic a-t-il été posé ?*

Non

Oui

	Données brutes	%age
OUI	8	89%
NON	1	11%
Total	9	100%

Les seuls parents ayant répondu « non » à cette question sont les parents d'une personne autiste née en 1990, ce qui peut laisser supposer que, depuis cette date la pose de diagnostic est plus efficace.

4. Si oui, quel âge avait votre enfant ?

.....

	Données brutes	%age
2 ans 6 mois	1	11%
3 ans	1	11%
3 ans 6 mois	1	11%
4 ans	2	22%
6 ans	1	11%
6 ans 6 mois	1	11%
7 ans	1	11%
Non réponse	1	11%
Total	9	100%

100 % des diagnostics sont posés après l'âge de 2 ans, mais 67% des diagnostics sont posés après l'âge de 4 ans.

Différence diagnostic - Age des troubles de la communication

	Données brutes	%age
0 an 6 mois	2	22%
1 an	1	11%
1 an 6 mois	2	22%
4 ans 6 mois	1	11%
4 ans 9 mois	1	11%
5 ans	1	11%
Non réponse	1	11%
Total	9	100%

Ce tableau permet de mettre en évidence le temps de latence entre les troubles de la communication constatés et la pose du diagnostic. Celui-ci se décline de 6 mois à 5 ans.

5. Quel type de diagnostic a été posé ?

Autisme

Dysharmonie évolutive

Autre

	Données brutes	%age
Autisme	5	56%
Dysharmonie évolutive	0	0%
Autre	4	44%
Total	9	100%

56% sont des diagnostics d'autisme, tandis que 44% sont qualifiés « autres », ce qui signifie ici « troubles du spectre autistique ». Ce qui correspond bien aux critères de l'étude.

6. Qui vous a proposé une prise en charge orthophonique ?

Equipe médicale du centre de dépistage

Pédiatre

Milieu scolaire

Environnement proche

Vous-même

	Données brutes	%age
Equipe médicale	4	36%
Pédiatre	2	18%
Milieu scolaire	0	0%
Environnement proche	1	9%
Vous-même	4	36%
Total cumulé	11	100%

On observe une concomitance entre l'âge de la pose de diagnostic et la proposition de prise en charge. On suppose que les diagnostics posés de façon précoce le sont grâce à un système médical efficace et orientant (dans 54% des cas).

7. Quel âge avait votre enfant quand la PEC orthophonique a commencé ?

.....

	Données brutes	%age
3 ans	3	33%
3 ans 6 mois	2	22%
4 ans	1	11%
5 ans	1	11%
9 ans	1	11%
Non réponse	1	11%
Total	9	100%

Les chiffres concordent puisqu'un enfant diagnostiqué avant 4 ans est pris en charge avant 4 ans par un orthophoniste.

8. A quel rythme votre enfant est-il suivi ?

1 fois par semaine

2 fois par semaine

3 fois par semaine

Plus de 3 fois par semaine

	Données brutes	%age
1 fois/semaine	4	44%
2 fois/semaine	4	44%
3 fois/semaine	0	0%
Plus de 3 fois/semaine	1	11%
Total	9	100%

Les enfants, dont les parents ont été interrogés, sont suivis en moyenne une à deux fois par semaine.

9. Ce rythme vous paraît-il suffisant ?

Non

Oui

	Données brutes	%age
OUI	5	56%
NON	4	44%
Total	9	100%

Il semble que les parents soient partagés sur la fréquence de la prise en charge de leur enfant.

10. Qu'apporte cette prise en charge à l'évolution de votre enfant ?

Communication

Comportements adaptés

Intérêt pour autrui

Sociabilisation

Apprentissage

	Données brutes	%age
Communication	6	26%
Comportements adaptés	4	17%
Intérêts pour autrui	2	9%
Sociabilisation	5	22%
Apprentissages	6	26%
Total cumulé	23	100%

Les parents sont réceptifs à la prise en charge de leur enfant, ils y voient plusieurs points positifs dans l'évolution de celui-ci, l'intérêt pour autrui étant une capacité encore difficile à développer chez les enfants avec troubles du spectre autistique.

2. Interprétation des résultats

Toutes les références à des questions se rapportent aux résultats présentés dans la partie précédente.

2.1 Présentation de la population

L'âge des patients autistes dont les parents ont été interrogés varie de 6 à 23 ans, cependant toutes les tranches d'âge ne sont pas représentées (cf question 1). Il n'est pas tenu compte de cette répartition dans l'étude, les données ne sont pas traitées spécifiquement en rapport avec l'âge de l'enfant.

L'étude ne s'intéresse qu'aux personnes autistes et/ou avec troubles du spectre autistique (cf question 5), les questionnaires n'ont été distribués qu'aux parents d'enfants autistes. Ce critère est le seul critère d'exclusion de l'étude, il n'est pas tenu compte du milieu socio-professionnel de la famille, ni de la situation géographique.

2.2 La pose du diagnostic

On considère que l'âge de 4 ans est la limite supérieure d'un diagnostic « idéal » pour cette pathologie, ainsi 55% des enfants autistes sont pris en charge « tôt », c'est-à-dire pendant la maternelle. En revanche quand le diagnostic n'est pas effectué de façon précoce, il a lieu très tardivement (vers 6-7 ans) pour la moitié restante des enfants (cf question 4).

Si la pose du diagnostic reste précoce, on remarque un temps de latence entre les premiers constats de troubles de la communication et la pose du diagnostic qui peut aller jusqu'à 4 ans et demi/ 5 ans dans 44% des cas (cf tableau faisant suite à la question 4).

Le diagnostic est donc posé relativement tôt par rapport à l'âge de l'enfant, mais on peut estimer qu'il pourrait y avoir une faille dans le système lorsque le temps de latence entre les premiers troubles et le diagnostic est trop important. On peut également supposer que certains parents ne sont pas nécessairement prêts à entendre ce type de diagnostic et que celui-

ci pourrait être retardé dans le but de sensibiliser les parents de façon progressive à la pathologie. Enfin, on sait aussi qu'il s'agit d'une pathologie complexe pour laquelle on recense une grande variété sémiologique, ainsi les troubles peuvent passer inaperçus avant l'arrivée du langage.

2.3 Le début de la prise en charge orthophonique

La prise en charge orthophonique démarre, pour 66% des enfants, avant l'âge de 4 ans (cf question 7), ces chiffres concordent avec la pose du diagnostic. On remarque cependant que quelques enfants (11% des enfants dont les parents ont été interrogés) sont pris en charge avant la pose du diagnostic, ce qui signe une préoccupation de la part de l'entourage bien avant la pose d'un diagnostic définitif. L'orthophoniste est ainsi interpellé dès les premiers signes constatés de troubles de la communication.

2.4 L'intensité de la prise en charge orthophonique

Si la prise en charge orthophonique intervient de façon précoce, on ne peut pas affirmer que celle-ci soit pratiquée de façon intensive. Les enfants de cette étude sont suivis 1 à 2 fois par semaine (excepté un enfant qui est suivi plus de 3 fois par semaine).

En revanche, si l'on interroge les parents au sujet de l'intensité de la prise en charge orthophonique nous obtenons de leur part des réponses mitigées. En effet, 56% des parents ayant répondu se disent satisfaits du rythme de prise en charge.

Les réponses au questionnaire destiné aux parents vont nous permettre de répondre à la seconde hypothèse. Celle-ci avait pour but de s'interroger sur la pose du diagnostic ainsi que sur la qualité du lien entre ce diagnostic, les parents de l'enfant et la prise en charge orthophonique.

Il apparait clairement que le diagnostic est posé précocément dans la majorité des cas (malgré le temps de latence entre les troubles de la communication et le diagnostic). Et que la prise en charge orthophonique, intervient rapidement, une fois ce diagnostic posé. Elle semble intensive d'après les réponses des parents ayant répondu au questionnaire.

CHAPITRE III

Limites et prolongements

1. Limites

Toute cette étude a permis de répondre aux hypothèses de départ, cependant certaines critiques peuvent être émises.

1.1 Questionnaires

Nous avons dès à présent le recul nécessaire pour analyser l'élaboration des questionnaires. En effet, suite au dépouillement des réponses obtenues, nous avons constaté que certaines modifications auraient pu être apportées.

➤ Modification

Q.3 : Etes-vous en contact avec des enfants présentant des troubles dysharmoniques et/ou autistiques ?

Non

Oui

Tous les questionnaires reçus ont eu 100% de réponses positives à cette question, or il aurait pu être intéressant de pouvoir récolter les questionnaires des orthophonistes n'ayant pas ce type de prise en charge dans leur exercice. Il semble donc que la question ait été rédhibitoire pour les orthophonistes qui auraient répondu négativement. Peut-être aurait-il fallu formuler la question différemment pour obtenir une participation (même courte) de ces professionnels.

1.2 Lettre d'accompagnement des questionnaires

Toujours dans le souci de n'avoir pas eu de réponse de la part d'orthophonistes ne prenant pas en charge actuellement d'enfants autistes ou avec troubles du spectre autistique, et parce que leur retour de questionnaire présentait un intérêt dans notre analyse, il nous appartenait de le préciser dans la lettre de présentation des questionnaires. Ce type de réponse aurait pu nous permettre de mettre en évidence des données statistiques plus larges concernant la prise en charge des troubles du spectre autistique.

1.3 Diffusion des questionnaires

Les questionnaires ont été distribués par mail sous un format word. Or, il semble que certains professionnels ou parents aient eu des difficultés pour cocher des réponses, certains ont donc pris le parti de surligner leurs réponses, d'autres de les mettre en gras et d'autres de supprimer les réponses qui ne leur convenaient pas. Après avoir enregistré leurs réponses dans ce fichier, les personnes souhaitant participer devaient envoyer leur réponse par mail ou imprimer le questionnaire afin de l'envoyer par voie postale.

Il semble donc qu'au vu de ces manipulations un peu lourdes, il aurait pu être judicieux de mettre les questionnaires à disposition sur un site d'accueil sur internet (exemple : *google drive*).

De ce fait, suite à un premier mail avec la présentation de l'étude et le lien du site, les professionnels et les parents souhaitant répondre à l'enquête auraient simplement eu à se rendre sur le site, répondre aux questions et cliquer pour envoyer leur questionnaire complété.

2. Prolongements possibles

La première perspective serait de faire cette étude en tenant compte du secteur géographique des orthophonistes et de le mettre en lien avec les méthodes utilisées lors de la prise en charge de l'enfant autiste.

La seconde perspective pourrait consister en une étude comparative longitudinale de plusieurs méthodes (PECS/A.B.A./Makaton) sur plusieurs cas précis lors de la prise en charge orthophonique. Le but de cette étude serait de pouvoir en ressortir les avantages et les inconvénients lors de la pratique orthophonique.

CONCLUSION

A travers cette étude, nous avons cherché à connaître dans un premier temps la part de patientelle que représente la prise en charge de l'autisme ou des troubles du spectre autistique chez l'orthophoniste, ainsi que les modes de rééducation qu'il utilise. Dans un second temps, nous nous sommes intéressés à l'opinion des parents d'enfants autistes concernant cette prise en charge. Le but était d'établir un état des lieux sur le ressenti de chacun (professionnels et parents).

L'enquête menée auprès des orthophonistes et des parents, grâce aux deux questionnaires, a permis de répondre à nos interrogations.

Après avoir recueilli et analysé les données, plusieurs constats ont pu être établis :

Tout d'abord, les orthophonistes concernés par cette pathologie ont de bonnes connaissances de la prise en charge de l'enfant autiste et/ou ayant des troubles du spectre autistique. Ils se sentent compétents et suffisamment formés pour n'éprouver aucune appréhension à accepter ce type de rééducation.

Ensuite les résultats des questionnaires destinés aux parents ont permis de mettre en évidence le fait qu'un diagnostic précoce d'autisme et de troubles associés est majoritairement posé. La prise en charge orthophonique intervient de façon systématique à la suite de ce diagnostic. Les parents semblent apprécier le parcours diagnostic et rééducatif. Enfin, la prise en charge orthophonique est jugée suffisamment fréquente et générant des résultats satisfaisants.

Cette étude montre que la profession orthophonique privilégie la formation qu'elle soit initiale ou continue, suggérée ou délibérée. Les thérapeutes se donnent les moyens d'être compétents face à une pathologie, encore complexe de part son étiologie, ce qui satisfait l'environnement familial des enfants.

Nous espérons que ce travail aura permis de valoriser les compétences de la profession orthophonique face à la prise en charge de l'enfant autisme et/ou ayant des troubles du spectre autistique. Il est évident que l'orthophoniste joue un rôle essentiel dans la rééducation multidisciplinaire de ces enfants et nous espérons que toute la profession se sentira concernée.

BIBLIOGRAPHIE

- Amiet C. & Al.** (2010). Epilepsie et autisme : une association complexe. *Archives de pédiatrie 2010* ; 17 :650-651. Elsevier Masson.
- Association Américaine de Psychiatrie** (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorder. In D. 4th edn. APA : Washington DC.
- Barbera M.L.** (2007). *Les techniques d'apprentissage du comportement verbal*. Mouans : AFD Editions
- Brin F., Courrier C., Lederlé E., Masy V.** (2004). *Dictionnaire d'orthophonie*. Isbergues : Ortho édition.
- Center for Disease Control** (CDC, 2009). Prevalence of autism spectrum disorders-autism and developmental disabilities monitoring network, United States, 2006. *Morbidity and Mortality Weekly Report Surveillance Summary*, 58, 1-14.
- Chiland C.** (1984). L'automutilation: de l'acte à la parole. *Neuropsychiatrie de l'enfance*, 32 (4), 169-170.
- Fédération Française de Psychiatrie, Haute Autorité de Santé, Baghdadli A.**
Recommandations pour la pratique professionnelle du diagnostic de l'autisme. Paris, Saint Denis La Plaine : FFP ; HAS ; 2005.
- Fombonne E., De Giacomo A.** (2000) La reconnaissance des signes autistiques par les parents, *Devenir*, 12 (3), 49-64.
- Fombonne E. Epidémiologie de l'autisme.** *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* . Montréal Québec : Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants et Réseau stratégique de connaissances sur le développement de jeunes enfants ; 2012 : 1-5.

Frith, U. (1989) *L'enigme de l'autisme*. Paris : Odile Jacob.

Jordan B. (2012). *Autisme le gène introuvable*. Paris : Seuil.

Lazartigues A. & Lemonnier E. (2005). *Les troubles autistiques*. Paris: Ellipses.

Lazoff T. & Al. (1999). Prevalence of pervasive developmental disorders among children at the English Montreal School Board. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 55, 715-720.

Leaf R., McEachin J. (1999). *Autisme et A.B.A. : une pédagogie du progrès*. Paris : Pearson Education France.

Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S., 1992) *Classification Internationale des Troubles Mentaux et des troubles du Comportement (C.I.M. 10)*. Paris : Masson.

Ozonoff S. , Mc Evoy R.E. (1994). A longitudinal study of executive function and theory of mind development in autism. *Dev. Psychopathol.*, 6, 415-431.

Ozonoff S., Pennington B.F. & Rogers S.J. (1991). Executive function deficits in high-functioning autistic individuals: Relationship to theory of mind. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 32 (7), 1081-1105.

Premack D., Woodruff G. (1978). Does the chimpanzee have a “theory of mind”? *Behavioral and Brain Sciences*, 4, 515-426.

Pry R. & Al. (2010). Stabilité et changement du retard mental chez le jeune autiste. *Enfance* 3/2005 (Vol 57), 270-277.

Rivière V. (2006), *Analyse du comportement appliquée à l'enfant et à l'adolescent*. Villeneuve d'Ascq : Septentrion.

Volkmar F.R. and Al. (1994). Field trial for autistic disorder in D.S.M. IV. *American Journal of Psychiatry*, 151. 1361-1367.

Volkmar F.R. and Al. (1999). Practice Parameters for the assessment and treatment of children, adolescents, and adults with autism and other pervasive developmental disorders. *American Academy of Child and Adolescents Psychiatry Working Group on Quality issues*, 38, 325-545.

ANNEXES

Questionnaire destiné aux orthophonistes

1^{ère} partie :

Présentation du professionnel

1. En quelle année avez-vous été diplômé(e) ?

2. Où exercez-vous ?
 - Structure, laquelle ?.....
 - Libéral
 - Autre, à préciser :

3. Etes-vous en contact avec des enfants présentant des troubles dysharmoniques et/ou autistiques?
 - Non
 - Oui

4. Quelle part de votre patientelle représente ces patients ?
 - Nulle
 - Très faible
 - Faible
 - Importante
 - Très importante

5. Quelle(s) technique(s) utilisez-vous pour ce type de patients ?

- TEACCH
- PECS
- A.B.A. ou méthodes comportementalistes
- Makaton
- Sensorielle
- Classique

6. Globalement vous sentez-vous à l'aise avec le(s) type(s) de prise(s) en charge que vous utilisez ?

- Non Oui

7. Si non, estimez-vous manquer d'informations sur les autres types de prises en charge ?

- Non Oui

8. Comment jugez-vous les résultats obtenus ?

- Très satisfaisant
- Plutôt satisfaisant
- Plutôt insatisfaisant
- Très insatisfaisant

9. Selon vous, qu'est-ce qui améliorerait ce type de prise en charge ?

- Plus de contacts avec les autres professionnels
- Plus de méthodes disponibles
- Plus de sources d'informations
- Plus de liens avec la famille

La méthode ABA

10. Connaissez-vous la méthode A.B.A. ?

- Non Oui

11. Vous êtes-vous formé(e) à la méthode ABA ?

- Non Oui

12. Depuis combien de temps utilisez-vous cette méthode ?

- de 6 mois De 6 mois à 1 an De 1 an à 1 an ½
 De 1 an ½ à 2 ans + de 2 ans

13. A quelle fréquence l'utilisez-vous?

- 1 fois par semaine 2 fois par semaine 3 fois par semaine
 Plus de 3 fois par semaine De façon aléatoire

14. Utilisez-vous une grille d'observation comportementale ?

- Non Oui

15. Pour quelle raison utilisez-vous cette méthode ?

- Pour sa pertinence
 Pour son accessibilité
 Pour son efficacité
 Parce qu'elle fait l'objet d'un consensus (avec les parents, avec les autres professionnels,..)

16. Quels types de renforcement privilégiez-vous ?

- Gustatifs
- Sensoriels
- Verbaux

17. Changez-vous de renforçateur ?

- Non
- Oui

18. A quelle fréquence en moyenne effectuez-vous un changement de renforçateur ?

.....

19. Les changements de renforçateurs se font-ils en accord avec la famille de l'enfant ?

- Non
- Oui

Lettre d'accompagnement du questionnaire destiné aux orthophonistes

Mémoire d'orthophonie
NANCY 2013
Mlle Cynthia VERATTI

Nancy, le 13/02/13

Madame, Monsieur,

Actuellement étudiante en 4^{ème} et dernière année d'orthophonie, j'ai pour projet de réaliser mon mémoire sur **la place de l'orthophoniste dans la prise en charge de l'enfant l'autiste.**

D'une part, un premier questionnaire est envoyé aux orthophonistes afin de collecter leur avis sur la prise en charge actuelle de l'enfant autiste et de refléter cette pratique orthophonique.

D'autre part, un second questionnaire est à compléter par les parents d'enfants concernés par ce type de prise en charge, afin de faire un état des lieux sur l'accès à cette prise en charge et sa mise en place.

C'est à cet effet, que je vous adresse ce courrier, afin de vous demander si vous accepteriez de répondre au questionnaire destiné aux orthophonistes, mais aussi afin de vous demander de faire passer le second questionnaire, ainsi que la lettre l'accompagnant, aux parents d'enfants concernés.

Ce questionnaire est un document anonyme et à aucun moment vos coordonnées (mail, nom, adresse,...) n'apparaîtront dans mon mémoire.

Vous trouverez ci-joint un exemplaire des deux questionnaires que je vous saurai gré de bien vouloir me retourner complétés à l'adresse mail/postale figurant sur l'en-tête du document joint.

Je vous remercie par avance de l'intérêt que vous porterez à ma demande, et vous prie d'agréer Madame, Monsieur, mes salutations distinguées.

Mlle Cynthia VERATTI

Questionnaire destiné aux parents

1. Quelle est la date de naissance votre enfant?

2. A quel âge avez-vous remarqué des troubles de la communication ?

.....

3. Un diagnostic a-t-il été posé ?

Non

Oui

4. Si oui, quel âge avait votre enfant ?

.....

5. Quel type de diagnostic a été posé ?

Autisme

Dysharmonie évolutive

Autre

6. Qui vous a proposé une prise en charge orthophonique ?

Equipe médicale du centre de dépistage

Pédiatre

Milieu scolaire

Environnement proche

Vous-même

7. Quel âge avait votre enfant quand la PEC orthophonique a commencé ?

.....

8. A quel rythme votre enfant est-il suivi ?

- 1 fois par semaine 2 fois par semaine 3 fois par semaine
 Plus de 3 fois par semaine

9. Ce rythme vous paraît-il suffisant ?

- Non Oui

10. Qu'apporte cette prise en charge à l'évolution de votre enfant ?

- Communication
 Comportements adaptés
 Intérêt pour autrui
 Sociabilisation
 Apprentissage

Lettre d'accompagnement du questionnaire destiné aux parents

Mémoire d'orthophonie
NANCY 2013
Mlle Cynthia VERATTI

Nancy, le 13/02/13

Madame, Monsieur,

Actuellement étudiante en 4^{ème} et dernière année d'orthophonie, j'ai pour projet de réaliser mon mémoire sur la place de l'orthophoniste dans la prise en charge de l'enfant l'autiste.

D'une part, un premier questionnaire est envoyé aux orthophonistes afin de collecter leur avis sur la prise en charge actuelle de l'enfant autiste et de refléter cette pratique orthophonique.

D'autre part, un second questionnaire est à compléter par les parents d'enfants concernés par ce type de prise en charge, afin de faire un état des lieux sur l'accès à cette prise en charge et sa mise en place.

C'est à cet effet, que je vous adresse ce courrier, afin de vous demander si vous accepteriez de répondre au questionnaire destiné aux parents.

Ce questionnaire est un document anonyme et à aucun moment vos coordonnées (mail, nom, adresse,...) n'apparaîtront dans mon mémoire.

Vous trouverez ci-joint un exemplaire de ce questionnaire que je vous saurai gré de bien vouloir me retourner complété à l'adresse mail/postale figurant sur l'en-tête du document joint.

Je vous prie d'agréer Madame, Monsieur, mes salutations distinguées.

Mlle Cynthia VERATTI

M-CHAT: Version française

Remplissez les questions en fonction du comportement habituel de votre enfant. Si le comportement se manifeste de façon irrégulière (par exemple si vous ne l'avez vu qu'une seule fois ou deux), ignorez-le dans vos réponses.

- | | |
|--|---------|
| 1. Votre enfant aime-t-il être balancé sur vos genoux? | Oui Non |
| 2. Votre enfant s'intéresse-t-il à d'autres enfants? | Oui Non |
| 3. Votre enfant aime-t-il monter sur des meubles ou des escaliers? | Oui Non |
| 4. Votre enfant aime-t-il jouer aux jeux de cache-cache ou 'coucou me voilà'? | Oui Non |
| 5. Votre enfant joue-t-il à des jeux de faire semblant, par exemple, fait-il semblant de parler au téléphone ou joue-t-il avec des peluches ou des poupées ou à d'autres jeux? | Oui Non |
| 6. Votre enfant utilise-t-il son index pour pointer en demandant quelque chose? | Oui Non |
| 7. Votre enfant utilise-t-il son index en pointant pour vous montrer des choses qui l'intéressent? | Oui Non |
| 8. Votre enfant joue-t-il correctement avec de petits jouets (des voitures, des cubes) sans les porter à la bouche, tripoter ou les faire tomber? | Oui Non |
| 9. Votre enfant amène-t-il d'objets pour vous les montrer? | Oui Non |
| 10. Votre enfant regarde-t-il dans vos yeux plus d'une seconde ou deux? | Oui Non |
| 11. Arrive-t-il que votre enfant semble excessivement sensible à des bruits? (jusqu'à se boucher les oreilles) | Oui Non |
| 12. Votre enfant vous sourit-il en réponse à votre sourire? | Oui Non |
| 13. Votre enfant vous imite-t-il? (par exemple, si vous faites une grimace, le ferait-il en imitation?) | Oui Non |
| 14. Votre enfant répond-il à son nom quand vous l'appellez? | Oui Non |
| 15. Si vous pointez vers un jouet de l'autre côté de la pièce, votre enfant suivra-t-il des yeux? | Oui Non |
| 16. Votre enfant marche-t-il sans aide? | Oui Non |
| 17. Votre enfant regarde-t-il des objets que vous regardez? | Oui Non |
| 18. Votre enfant fait-il des gestes inhabituels avec ses mains près du visage? | Oui Non |
| 19. Votre enfant essaie-t-il d'attirer votre attention vers son activité? | Oui Non |
| 20. Vous êtes-vous demandé si votre enfant était sourd? | Oui Non |
| 21. Votre enfant comprend-il ce que les gens disent? | Oui Non |
| 22. Arrive-t-il que votre enfant regarde dans le vide ou qu'il se promène sans but? | Oui Non |
| 23. Votre enfant regarde-t-il votre visage pour vérifier votre réaction quand il est face à une situation inhabituelle? | Oui Non |

1999 Robins, D., Fein, D., Barton, M., & Green, J. (2001). *The Modified Checklist for Autism on Toddlers: An initial study investigating the early detection of autism and pervasive developmental disorders. Journal of Autism and Developmental Disorders, 31(2), 131-144.*

CORRESPONDANCE CFTMEA-CIM 10
Révision 2008

Codes CFTMEA	Intitulés CFTEMEA	Codes CIM	Intitulés CIM
1	AUTISME ET TROUBLES PSYCHOTIQUES		
1.0	TROUBLES ENVAHISSANTS DU DEVELOPPEMENT (TED) – PSYCHOSES PRECOCES		
1.00	Autisme infantile précoce – type Kanner	F84.0	Autisme infantile
1.01	Autres formes de l'autisme	F84.1	Autisme atypique
1.02	Psychose précoce déficitaire. Retard mental avec troubles autistiques ou psychotiques	F84.1 (+ F70-F79)	Autisme atypique + Retard mental
1.03	Syndrome d'Asperger	F84.5	Syndrome d'Asperger
1.04	Trouble du développement multiple et complexe – "MCDD" (Dysharmonie psychotique)	F84.8	Autres TED
1.05	Troubles désintégratifs de l'enfance	F84.3	Autre trouble désintégratif de l'enfance
1.08	Autres TED ou autres psychoses précoces	F84.8	Autres TED
1.09	TED ou psychoses précoces NS	F84.9	TED, sans précision
1.1	SCHIZOPHRENIE		
1.10	Schizophrénie de l'enfant	F20.9	Schizophrénie sans précision
1.11	Tr. Schizophrénique à l'adolescence	F20.9	Schizophrénie sans précision
1.110	▪ <i>Aspects prodromiques</i>	F21	Trouble schizotypique
1.111	▪ <i>Schizophrénie paranoïde</i>	F20.0	Schizophrénie paranoïde
1.112	▪ <i>Schizophrénie hétérophrénique</i>	F20.1	Schizophrénie hétérophrénique
1.113	▪ <i>Schizophrénie catatonique</i>	F20.2	Schizophrénie catatonique
1.114	▪ <i>Schizophrénie indifférenciée</i>	F20.3	Schizophrénie indifférenciée
1.115	▪ <i>Dépression post-schizophrénique</i>	F20.4	Dépression post-schizophrénique
1.116	▪ <i>Schizophrénie résiduelle</i>	F20.5	Schizophrénie résiduelle
1.117	▪ <i>Schizophrénie simple</i>	F20.6	Schizophrénie simple
1.118	▪ <i>Autres formes de schizophrénie</i>	F20.8	Autres formes de schizophrénie
1.119	▪ <i>Schizophrénie sans précision</i>	F20.9	Schizophrénie sans précision
1.2	TR. DELIRANTS	F22.8	Autres troubles délirants persistants
1.3	TR. PSYCHOTIQUES AIGUS		
1.30	Trouble psychotique aigu polymorphe sans symptômes schizophréniques	F23.0	Trouble psychotique aigu polymorphe, sans symptômes schizophréniques
1.31	Trouble psychotique aigu polymorphe avec symptômes schizophréniques	F23.1	Trouble psychotique aigu polymorphe avec symptômes schizophréniques
1.38	Autres troubles psychotiques aigus	F23.8	Autres troubles psychotiques aigus et transitoires
1.4	TR. THYMIQUES		
1.40	Psychoses dysthymiques de l'enfant	F84.8 +F34.0	Autres TED + Cyclothymie
1.41	Troubles thymiques de l'adolescent	F25.9	Trouble schizo-affectif, sans précision
1.410	▪ <i>Episode maniaque</i>	F30.9	Episode maniaque, sans précision
1.4100	○ <i>EM. Actuel s'inscrivant dans un tr. bipolaire</i>	F31.0	Trouble affectif bipolaire, épisode actuel hypomaniaque
1.4101	○ <i>Sans symptômes psychotiques</i>	F30.1	Manie sans symptômes psychotiques
1.4102	○ <i>Avec symptômes psychotiques</i>	F30.2	Manie avec symptômes psychotiques
1.4103	○ <i>Etat mixte</i>	F38.8	Autres troubles de l'humeur [affectifs] précisés
1.4104	○ <i>Hypomanie</i>	F30.0	Hypomanie
1.411	▪ <i>Episode dépressif (ED)</i>	F32.9	Episode dépressif, sans précision
1.4110	○ <i>ED actuel dans un tr bipolaire</i>	F31.4	Trouble affectif bipolaire, épisode actuel de dépression sévère sans symptômes

			psychotiques
1.4111	○ ED sévère non mélancolique	F32.8	Autres épisodes dépressifs
1.4112	○ ED sévère non mélancolique avec symptômes psychotiques	F32.3	Episode dépressif sévère avec symptômes psychotiques
1.4113	○ ED sévère mélancolique	F32.2	Episode dépressif sévère sans symptômes psychotiques
1.4114	○ ED sévère avec mélancolie délirante	F32.3	Episode dépressif sévère avec symptômes psychotiques
1.5	ETATS DEPRESSIFS APRES EPISODE PSYCHOTIQUE	F20.4	Dépression post-schizophrénique
1.8	AUTRES TR. PSYCHOTIQUES	F28	Autres troubles psychotiques non organiques
1.9	TR. PSYCHOTIQUES NON SPECIFIES	F29	Psychose non organique, sans précision
2	TR. NEVROTIQUES		
2.0	TR. NEVROTIQUES A DOMINANTE ANXIEUSE		
2.00	Avec attaque de panique	F41.0	Trouble panique (anxiété épisodique paroxystique)
2.01	Avec anxiété généralisée	F41.1	Anxiété généralisée
2.02	Avec manifestations anxieuses et dépressives	F41.2	Trouble anxieux et dépressif mixte
2.03	Avec symptômes anxieux mixtes	F41.3	Autres troubles anxieux mixtes
2.08	Avec autres manifestations anxieuses	F41.8	Autres troubles anxieux précises
2.09	Tr. Névrotiques à dominante anxieuse sans précision	F41.9	Troubles anxieux, sans précision
2.1	TR. NEVROTIQUES A DOMINANTE HYSTERIQUE		
2.10	Avec symptômes moteurs de conversion	F44.4	Troubles moteurs dissociatifs
2.11	Avec symptômes sensoriels de conversion	F44.6	Anesthésie dissociative et atteintes sensorielles
2.12	Avec multiples symptômes de conversion	F44.7	Trouble dissociative [de conversion] mixte
2.18	Avec autres symptômes de conversion	F44.8	Autres troubles dissociatifs [de conversion]
2.19	Tr. névrotique à dominante hystérique sans précision	F44.9	Trouble dissociative [de conversion], sans précision
2.2	TR. NEVROTIQUES A DOMINANTE PHOBIQUE		
2.20	Avec symptômes agoraphobiques	F40.0	Agoraphobie
2.200	▪ Agoraphobie sans trouble panique	F40.00	Agoraphobie sans trouble panique (actuel) (antérieur)
2.201	▪ Agoraphobie avec trouble panique	F40.01	Agoraphobie avec trouble panique
2.21	Phobies sociales	F40.1	Phobies sociales
2.22	Phobies spécifiques (isolées)	F40.2	Phobies spécifiques (isolées)
2.28	Autres tr. Névrotiques à dominante phobique	F40.8	Autres troubles anxieux phobiques
2.29	Tr. Névrotiques à dominante phobique sans précision	F40.9	Troubles anxieux phobiques, sans précision
2.3	TR. NEVROTIQUES A DOMINANTE OBSESSIONNELLE		
2.30	TOC idées obsédantes au premier plan	F42.0	TOC avec idées ou ruminations obsédantes au premier plan
2.31	TOC rituels compulsifs au premier plan	F42.1	TOC avec comportements compulsifs [rituels obsessionnels] au premier plan
2.32	TOC formes mixtes	F42.2	TOC : forme mixte, avec idées obsédantes et comportements compulsifs
2.38	Autres troubles névrotiques à dominante obsessionnelle	F42.8	Autres TOC
2.39	Tr. Névrotiques à dominante obsessionnelle sans précision	F42.9	TOC, sans précision
2.4	TR. NEVROTIQUES AVEC PREDOMINANCE DES INHIBITIONS	F48.8 + F46.4	Autres troubles névrotiques précises + lenteur et manque de réactivité

2.5	DEPRESSION NEVROTIQUE	F48.8 + F32.9	Autres troubles névrotiques précises + Episode dépressif, sans précision
2.6	CARACTERES NEVROTQUES, PATHOLOGIES NEVROTQUES DE LA PERSONNALITE	F48.8 + F60.9	Autres troubles névrotiques précises + Trouble de la personnalité, sans précision
2.7	TR. NEVROTQUES AVEC PERTURBATIONS PREDOMINANTES DES FONCTIONS INSTRUMENTALES	F48.8	Autres troubles névrotiques précises
2.8	AUTRES TR. NEVROTQUES	F48.8	Autres troubles névrotiques précises
2.9	TR. NEVROTQUES NS	F48.9	Trouble névrotiques, sans précision
3 PATHOLOGIES LIMITES			
3.0	DYSHARMONIES EVOLUTIVES	F60.3	Personnalité émotionnellement labile
3.1	PATHOLOGIE LIMITE A DOMINANTE DES TR. DE LA PERSONNALITE	F92.8	Autres troubles mixtes des conduites et troubles émotionnels
3.2	PATHOLOGIE LIMITE A DOMINANTE SCHIZOTYPIQUE	F21	Trouble schizotypique
3.3	PATHOLOGIE LIMITE A DOMINANTE COMPORTEMENTALE	F91.9	Trouble des conduits, sans précision
3.4	DEPRESSIONS LIES A UNE PATHOLOGIE LIMITE	F92.0	Trouble des conduits avec dépression
3.8	AUTRES PATHOLOGIES LIMITES	F98.8	Autres troubles précises du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence
3.9	PATHOLOGIE LIMITE NS	F98.9	Trouble du comportement et trouble émotionnel apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence, sans précision
4 TROUBLES REACTIONNELS			
4.0	DEPRESSION REACTIONNELLE	F43.2 +F32.9	Troubles de l'adaptation + Episode dépressif, sans précision
4.1	MANIFESTATIONS REACTIONNELLES	F43.2	Troubles de l'adaptation
4.2	SYNDROME DE STRESS POST- TRAUMATIQUE	F43.1	Etat de stress post-traumatique
5 DEFICIENCES MENTALES			
5.0	QI 50-69	F70.-	Retard mental léger*
5.1	QI 35-49	F71.-	Retard mental moyen*
5.2	QI 20-34	F72.-	Retard mental grave*
5.3	QI < 20	F73.-	Retard mental profond*
5.4	QI Non spécifié	F79.-	Retard mental, sans précision*
			*Préciser: <ul style="list-style-type: none"> • Déficience du comportement absent ou minime • Déficience du comportement significatif, nécessitant surveillance ou traitement • Autres déficiences du comportement • Sans mention d'une déficience du comportement
5.x6	Déficiences dysharmoniques		
5.x7	Déficiences avec polyhandicap sensoriel et/ou moteur		
5.x8	Démences	F03	Démence, sans précision
5.x9	Non spécifiées	F79.9	Retard mental: sans mention d'une déficience du comportement
6 TROUBLES DU DEVELOPPEMENT ET DES FONCTIONS INSTRUMENTALES			
6.0	TR. DE LA PAROLE ET DU LANGAGE		

6.00	Troubles isolés de l'articulation	F80.0	Trouble spécifique de l'acquisition de l'articulation
6.01	Trouble du développement du langage	F80.9	Trouble du développement de la parole et du langage, sans précision
6.010	▪ <i>Retard de parole</i>	F80.1	Trouble de l'acquisition du langage, de type expressif
6.011	▪ <i>Retard simple de langage</i>	F80.1	Trouble de l'acquisition du langage, de type expressif
6.012	▪ <i>Dysphasie</i>	F80.2	Trouble de l'acquisition du langage, de type expressif
6.018	▪ <i>Autres tr. du développement du langage</i>	F80.8	Autres troubles du développement de la parole et du langage
6.02	Aphasie acquise		
6.020	▪ <i>Aphasie acquise avec épilepsie</i>	F80.3	Aphasie acquise avec épilepsie [Landau-Kleffner]
6.028	▪ <i>Autres aphasies acquises</i>	R47.02	Aphasie, autres et sans précision
6.03	Mutisme		
6.030	▪ <i>Mutisme total</i>	F94.8	Mutisme complet
6.031	▪ <i>Mutisme électif</i>	F94.0	Mutisme électif
6.04	Bégaiement	F98.5	Bégaiement
6.08	Autres tr. de la parole et du langage	R47.8	Troubles du langage, autres et non précises
6.09	Tr. de la parole et du langage NS	F80.9	Troubles du développement de la parole et du langage, sans précision
6.1	TR. COGNITIFS ET DES ACQUISITIONS SCOLAIRES		
6.10	Tr. lexicographiques		
6.100	▪ <i>Dyslexie isolée</i>	F81.0	Trouble spécifique de la lecture
6.101	▪ <i>Tr. de l'orthographe</i>	F81.1	Trouble spécifique de l'acquisition de l'orthographe
6.108	▪ <i>Autres tr. lexicographiques</i>	F81.8	Autres troubles du développement, des acquisitions scolaires
6.11	Tr. spécifiques de l'arithmétique (dyscalculie)	F81.2	Troubles spécifiques de l'acquisition de l'arithmétique
6.12	Tr. du raisonnement (dysharmonie cognitive)	F88	Autres troubles du développement psychologique
6.13	Tr. de l'attention sans hyperkinésie	F81.8	Autres troubles du développement, des acquisitions scolaires
6.18	Autres tr. cognitifs et des acquisitions scolaires	F81.8	Autres troubles du développement, des acquisitions scolaires
6.19	Tr. cognitifs et des acquisitions scolaires	F81.9	Trouble du développement, des acquisitions scolaires, sans précision
6.2	TR. PSYCHOMOTEURS		
6.20	Retard psychomoteur (tr. spécifique du développement moteur)	F82	Trouble spécifique du développement moteur
6.21	Tics	F95.9	Tic, sans précision
6.210	▪ <i>Tics isolés transitoires</i>	F95.0	Tic transitoire
6.211	▪ <i>Tic moteur et vocal chronique</i>	F95.1	Tic moteur ou vocal chronique
6.212	▪ <i>Maladie de Gilles de la Tourette</i>	F95.2	Forme associant tics vocaux et tics moteurs [syndrome de Gilles de la Tourette]
6.28	Autres tr. psychomoteurs	F83	Troubles spécifiques mixtes du développement
6.29	Tr. psychomoteurs NS	R62.8	Autres retards du développement physiologique
7	TROUBLES DES CONDUITES ET DU COMPORTEMENT		
7.0	TR. HYPERKINETIQUES		
7.00	Hyperkinésie avec troubles de l'attention	F90.0	Perturbation de l'activité et de l'attention
7.08	Autres tr. hyperkinétiques	F90.8	Autres troubles hyperkinétiques
7.09	Tr. hyperkinétiques NS	90.9	Trouble hyperkinétique, sans précision
7.1	TR. DES CONDUITES		

ALIMENTAIRES			
7.10	Anorexie mentale		
7.100	▪ Anorexie mentale restrictive	F50.0 + F50.2	Anorexie mentale
7.101	▪ Anorexie mentale boulimique	F50.0 + F50.2	Anorexie mentale + Boulimie
7.11	Anorexie mentale atypique	F50.1	Anorexie mentale atypique
7.12	Boulimie	F50.2	Boulimie
7.13	Boulimie atypique	F50.3	Boulimie atypique
7.14	Tr. des conduites alimentaires du nourrisson et de l'enfant	F98.2	Trouble de l'alimentation non organique du nourrisson et de l'enfant
7.15	Troubles alimentaires du nouveau-né	F98.2	Trouble de l'alimentation non organique du nourrisson et de l'enfant
7.18	Autres tr. des conduites alimentaires	F50.8	Autres troubles de l'alimentation
7.19	Tr. des conduites alimentaires NS	F50.9	Trouble de l'alimentation, sans précision
7.2 CONDUITES SUICIDAIRES			
	Tentatives de suicide suite immédiate	Z91.50	Antécédents personnels récents de lésions auto-infligées
	Antécédents de TdS	Z91.58	Antécédents personnels récents de lésions auto-infligées autres et non précises
	Idées suicidaires	R45.8	Autres symptômes et signes relatifs à l'humeur
7.3 TROUBLES LIÉS A L'USAGE DE DROGUES OU D'ALCOOL			
7.3x9	▪ Alcool*	F10.-	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool*
7.3x0	▪ Morphiniques*	F11.-	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés*
7.3x1	▪ Cannabis*	F12.-	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés de cannabis*
7.3x2	▪ Hypnotiques et tranquillisant*	F13.-	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de sédatifs ou d'hypnotiques*
7.3x3	▪ Cocaine*	F14.-	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de cocaine*
7.3x4	▪ Autres stimulants*	F15.-	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'autres stimulants, y compris la caféine*
7.3x5	▪ Hallucinogènes*	F16.-	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'hallucinogènes*
7.3x6	▪ Tabac*	F17.-	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de tabac*
7.3x7	▪ Solvants volatils*	F18.-	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de solvants volatils*
7.3x8	▪ Autres substances psychoactives*	F19.-	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de drogues multiples et troubles liés à l'utilisation d'autres substances
	*Préciser le type de trouble mental:		*Préciser le type de trouble mental:
7.30X	Intoxication aiguë	.0	Intoxication aiguë
7.31X	Utilisation nocive pour la santé	.1	Utilisation nocive pour la santé
7.32X	Syndrome de dépendance	.2	Syndrome de dépendance
7.33X	Syndrome de sevrage	.3	Syndrome de sevrage
7.34X	Syndrome de sevrage avec delirium	.4	Syndrome de sevrage avec delirium
7.35X	Trouble psychotique	.5	Trouble psychotique
7.36X	Syndrome amnésique	.6	Syndrome amnésique
7.37X	Tr. résiduel ou psychotique tardif	.7	Tr. résiduel ou psychotique tardif
7.38X	Autres tr. mentaux et du comportement	.8	Autres tr. mentaux et du comportement
7.39X	Tr. mental ou du comportement sans précision	.9	Tr. mental ou du comportement sans précision
7.4 TR. DE L'ANGOISSE DE			
		F93.0	

	SEPARATION		
7.5	TR. DE L'IDENTITE ET DES CONDUITES SEXUELLES		
7.50	Troubles de l'identité sexuelle	F64.2	Trouble de l'identité sexuelle de l'enfance
7.51	Troubles de la préférence sexuelle	F65.9	Trouble de la préférence sexuelle, sans précision
7.52	Manifestations en rapport avec des préoccupations excessives concernant le développement sexuel et son orientation	F66.0	Trouble de la maturation sexuelle
7.58	Autres tr. des conduites sexuelles	F66.8	Autres troubles du développement psychosexuel
7.59	Tr. des conduites sexuelles NS	F66.9	Trouble du développement psychosexuel, sans précision
7.6	PHOBIES SCOLAIRES	F94.8	Autres troubles du fonctionnement social de l'enfance
7.7	AUTRES TR. CARACTERISES DES CONDUITES		
7.70	Pyromanie	F63.1	Tendance pathologique à allumer des incendies [pyromanie]
7.71	Kleptomanie	F63.2	Tendance pathologique à commettre des vols [kleptomanie]
7.72	Trichotillomanie	F63.3	Trichotillomanie
7.73	Fugues	F91.8	Autres troubles des conduites
7.74	Violence contre les personnes	R45.6	Violence physique
7.75	Conduites à risqué	F91.8	Autres troubles des conduites
7.76	Errance	F91.8	Autres troubles des conduites
7.78	Autres tr. caractérisés des conduites	F91.8	Autres troubles des conduites
7.8	AUTRES TR. DES CONDUITES ET DES COMPORTEMENTS	F91.8	Autres troubles des conduites
7.9	TR. DES CONDUITES ET DES COMPORTEMENTS NS	F91.9	Troubles des conduites, sans précision
8	TR. A EXPRESSION SOMATIQUE		
8.0	AFFECTIONS PSYCHOSOMATIQUES	F45.0	Somatisation
8.1	TR. PSYCHOFONCTIONNELS	F45.-	Troubles somatoformes
8.2	TR. HYPOCONDRIAQUES	F45.2	Troubles hypocondriaques
8.3	ENURESIE	F98.0	Enurésie non organique
8.4	ENCOPRESIE	F98.1	Encoprésie non organique
8.5	TR. DU SOMMEIL	F51.9	Trouble du sommeil non organique, sans précision
8.6	RETARD DE CROISSANCE PSYCHOGENE	F94.8 + R62.9	Autres troubles du fonctionnement social de l'enfance + Retard du développement physiologique, sans précision
8.8	AUTRES TR. A EXPRESSION SOMATIQUE	F45.8	Autres troubles somatoformes
8.9	TR. A EXPRESSION SOMATIQUE NS	F45.9	
9	VARIATIONS DE LA NORMALE		
9.0	ANGOISSES, RITUELS, PEURS	F93.1	Troubles anxieux phobique de l'enfance
9.1	MOMENTS DEPRESSIFS	F38.0	Autres troubles de l'humeur [affectifs] isolées
9.2	CONDUITES D'OPPOSITION	F91.8	Autres troubles des conduites
9.3	CONDUITES D'ISOLEMENT	F93.1	Trouble anxieux phobique de l'enfance
9.4	DIFFICULTES SCOLAIRES NON CLASSABLES AILLEURS	Z55.4	Difficultés liées à une mauvaise adaptation éducative et difficultés avec les enseignants et les autres élèves
9.5	RETARDS OU REGRESSIONS TRANSITOIRES	R62.8	Autres retards du développement physiologique
9.6	ASPECTS ORIGINAUX DE LA PERSONNALITE	R46.8	Autres symptômes et signes relatifs à l'apparence et au comportement

« Etats des lieux sur l'implication des orthophonistes et des parents concernant les troubles autistiques et la méthode A.B.A. »

Mémoire d'orthophonie, Nancy 2013

Résumé :

Ce mémoire se propose de faire le point sur la pratique orthophonique concernant la prise en charge de l'enfant autiste et/ou ayant des troubles du spectre autistique. Les techniques utilisées sont variées et peuvent être exploitées indépendamment ou de façon complémentaire. Les fondements théoriques de ce mémoire s'intéressent donc à l'historique des troubles autistiques, leur symptomatologie, leur diagnostic, ainsi qu'à leurs étiologies. Un autre chapitre est consacré aux différentes techniques de rééducation, à savoir le programme TEACCH, le système PECS, le Makaton, et parmi ces techniques de prise en charge, nous nous sommes plus particulièrement intéressé à la méthode A.B.A., méthode comportementale issue des travaux d'Ivar Lovaas. L'objectif de départ de cette étude est de faire état de comment se situe l'orthophoniste par rapport à cette prise en charge, quelles sont les techniques qu'il utilise quotidiennement et parmi celles-ci, quelle place accorde-t-il à la méthode A.B.A. Dans un second temps, l'étude s'intéresse également au lien parents-orthophonistes : comment le parent apprécie-t-il et juge-t-il la prise en charge. Les résultats obtenus sont encourageants puisqu'il semble que les orthophonistes utilisent un large spectre de méthodes qu'ils adaptent à chaque enfant. En effet, les orthophonistes continuent à s'informer et se former après la formation initiale, ce qui leur permet d'être à l'aise avec les différentes méthodes de prise en charge de l'autisme et/ou des troubles du spectre autistique et d'avoir une bonne connaissance de cette pathologie. Nous constatons également que la majorité des parents jugent la prise en charge suffisamment précoce et intensive, au vue de leur ressenti positif recueilli par nos questionnaires.

Mots-clés :

Autisme – méthode A.B.A. – comportementalisme – rééducation – relation parent/orthophoniste

Summary :

This essay proposes to take stock of the speech therapy practice concerning the care of children with autism and/or Autistic Spectrum Disorders. Varied techniques are used and can be utilized either on their own or complementing one another. Therefore, the theoretical bases of this essay focus on the autistic disorders' history, their symptomatology, their diagnosis, as well as their etiologies. Another chapter deals with the different available rehabilitation techniques, namely the TEACHH program, the PECS system, the Makaton. Within these care techniques, we more specifically focused on the ABA method, which is a behavioral method resulting from Ivar Lovaas' works. The initial objective of this study is to report where the speech therapist stands in relation to care, which techniques are used daily, and, among these, which place is given to the ABA method. Secondly, the study also considers the parent/speech therapist connection, i.e. how parents appreciate and appraise their child's care. Results are encouraging as it appears that speech therapists use a broad spectrum of methods that they adapt to each individual child. As a matter of fact, speech therapists stay informed and educated after the initial training is over. This allows them to be familiar with the different care methods for autism and/or Autistic Spectrum Disorders. It also provides them with a proper knowledge of the pathology. We also noticed – judging by the positive feedback collected in our questionnaires – that most parents consider that the care is provided early enough and with sufficient intensity.

Key words :

Autism – ABA method – behaviorism - care - parent/speech therapist relationship