

Etude longitudinale sur l'évolution d'enfants autistes suivis par la méthode des 3i

H. Le GUEN : Psychologue, Ecole de Psychologues Praticiens

D. BRENGARD : Pédiopsychiatre, thérapeute familiale, médecin chef de pôle du secteur de pédiopsychiatrie des 9^e et 10^e arrondissements et de l'Unité d'Hospitalisation Mère-Bébé de Paris.

RESUME

Actuellement, les méthodes de prises en charge dans l'autisme sont multiples. Nous présentons ici **l'évolution d'enfants autistes suivant la méthode des 3i**.

Notre échantillon se compose de trois garçons, diagnostiqués autistes par un pédiopsychiatre, âgés de 2,5 ans à 10 ans. Nous avons rencontré ces enfants par le biais d'une association utilisant la méthode des 3i. Lors de notre première rencontre avec eux et leur parent nous avons établi le diagnostic, puis nous avons effectué la première évaluation quelques jours plus tard. Pour cela nous avons utilisés des outils valides et complémentaires : La BECS, le PEP-3 et la CARS.

Puis, ces enfants ont appliqués la méthode des 3i. C'est une méthode de type développementale, basée sur le jeu de manière **intensive, individuelle et interactive**. Nous avons revus durant deux années consécutives ces enfants pour effectuer la seconde et la troisième évaluation, avec les mêmes outils et toujours en deux temps.

Après l'analyse des résultats, nous avons pu conclure que les trois enfants qui ont suivis la méthode des 3i durant deux ans, ont montré une évolution positive dans le développement globale. En effet, les troubles autistiques sont moins envahissants, les enfants peuvent désormais communiquer de façon verbale et non-verbale. On observe une diminution des troubles spécifiques liés à l'autisme.

Tous ces éléments tendent ainsi à dire que la méthode des 3i est efficace et permet aux enfants autistes d'évoluer positivement.

MOTS-CLES : AUTISME, EVALUATIONS, METHODE DES 3i, METHODE DEVELOPPEMENTALE.

ABSTRACT

There are currently multiple methods in use to treat autism. Here, we will present **the evolution of autistic children following the 3i method**.

Our sample population consists of 3 boys, aged from 2.5 to 10 years old, diagnosed as autistic by a child psychologist. We met these children through an association that uses the 3i method. After our first meeting with them and their parents, we established a diagnosis and were then able to carry out an initial evaluation several days later. For that, we used valid and complementary tools: SCEB, PEP-3, and CARS.

Following this, the 3i method was applied with the children. It is a developmental method based on play: **intensive, individual and interactive**. We saw these children for 2 successive years in order to carry out the second and third evaluations using the same tools, and in two stages.

After having analyzed the results, we were able to conclude that the three children who followed the 3i method over the course of 2 years, showed a positive evolution in their overall development. The autistic troubles are less invasive and the children can now communicate in both a verbal and non-verbal way. We have also observed in these children a decrease in troubles specifically linked to autism.

All the elements suggest that the 3i method is efficient and allows children to evolve positively.

KEYWORD : AUTISM, EVALUATIONS, METHOD OF 3i, DEVELOPMENTAL METHOD.

Introduction

Depuis plusieurs années, l'autisme, le syndrome autistique ou encore le trouble du spectre autistique définissent ces difficultés pouvant entraîner des handicaps qui touchent aujourd'hui 1 enfant sur 150 d'après le rapport de la Haute Autorité de la Santé (HAS, 2010). On peut d'ailleurs observer une mobilisation de plus en plus importante de la part des pouvoirs publics à ce sujet. En 2012, la cause nationale a été la prise en charge de l'autisme ce qui a permis de sensibiliser davantage le grand public à cette maladie. Depuis Mai 2013, le troisième plan autisme (2013- 2017) est mis en place.

Cette étude s'inscrit dans la continuité d'un mémoire de recherche de fin d'étude. Elle a été élargie avec le département de recherche de l'Ecole de psychologues praticiens. Nous avons réalisé une étude longitudinale qui a permis d'analyser l'évolution de trois enfants autistes suivant la méthode des 3i. Notre recherche se compose de trois évaluations réalisées sur 24 mois.

La méthode des 3i est une méthode relevant des développementales qui s'appuie sur trois points essentiels : un éveil par le jeu Intensif, Individuel et Interactif.

Notre étude s'articule en trois parties. Tout d'abord, nous présenterons la méthode parmi les autres méthodes qui existent. Puis, nous analyserons les données recueillies lors des évaluations. Enfin nous évaluerons l'impact de la méthode des 3i sur ces enfants.

I. Revue de la littérature

A. Classifications et critères diagnostiques.

Dans le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux -version 4- (APA, 2000,2003) et dans la Classification internationale des maladies (CIM-10, 1993), l'autisme est regroupé dans la catégorie des troubles envahissants du développement qui se caractérisent par « *des déficits sévères et une*

altération envahissante de plusieurs secteurs du développement » (APA, 2000,2003). Dans la classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent (CFTMEA-R, 2012), l'autisme infantile est inclus dans les psychoses précoces. Selon la CIM-10 l'autisme infantile est donc présenté comme un syndrome regroupant les caractéristiques suivantes : La précocité d'apparition ; Une altération qualitative des capacités de communication ; Une altération qualitative des interactions sociales ; Un aspect restreint, répétitif et stéréotypé des comportements, des intérêts, des activités. Enfin, le DSM-V classe l'autisme dans les troubles du spectre autistiques.

Cependant, on remarque une grande variabilité et diversité des signes cliniques. A ce jour, la démarche actuelle réalise une évaluation individuelle sur les capacités et troubles du sujet. En 1911, Eugène Bleuler, introduit le terme « autisme », il l'utilise pour expliquer la perte de contact avec la réalité extérieure dans la schizophrénie. C'est en 1943 que Léo Kanner expliquera ce terme dans son article « *Autistic Disturbance of Affective Contact* » à travers différentes observations faites auprès d'un groupe de onze enfants ; l'autisme devient alors une maladie à part entière. Jusqu'au début des années 80, les psychanalystes pensaient l'autisme comme un refuge pour se protéger de certains types de parents caractérisés d'une froideur affective. Aujourd'hui, d'après les recherches effectuées, on évoque l'intrication de facteurs neurologiques, épigénétiques et environnementaux.

Si, il n'existe à ce jour aucun traitement capable de guérir l'autisme, il existe plusieurs méthodes et programmes permettant d'améliorer les conditions de vies de ces personnes autistes.

B. Méthodes développementales.

Il existe différentes méthodes recommandées par la HAS concernant la prise en charge des

personnes avec TSA¹, notamment le programme T.E.A.C.C.H.² et l'E.S.D.M.³. Ces deux types d'interventions seront explicités en Annexe 1.

Afin d'expliquer le fonctionnement de la méthode des 3i qui s'inscrit dans une intervention de type développementale, rappelons ce que sont les prises en charges développementales selon la Haute Autorité de la Santé : «*Les interventions développementales sont basées sur l'utilisation des intérêts et des motivations naturelles de l'enfant pour rétablir le développement de la communication avec et en relation avec les autres. Le contexte d'apprentissage est très important et les activités et les événements sont choisis pour leur intérêt pour l'enfant. L'apprentissage utilise une variété de situations et de rituels sociaux.* » (HAS, 2010,p.96). Le tableau 1 reprend l'essentiel des diverses méthodes qui sont détaillées en Annexe 1.

Tableau 1 : Les méthodes de types développementales

	3i	T.E.A.C.C.H.	E.S.D.M.
Fondements théoriques	Basée sur le jeu. Reprise du développement de l'enfant.	Fondée sur des principes psychodynamiques.	Se base sur des compétences socio-émotionnelles en plus de l'apprentissage cognitif.
Intervenants	Parents, bénévoles formés et professionnels	Parents et professionnels	Parents et professionnels
Type de prise en charge	Tous les jours : séances de jeu intensives, individuelles et interactives, à la maison ou en dans un des centres.	Système de soutien adapté entre le milieu familial et le milieu scolaire.	Programme individuel, intensif rythmée par des séances de jeu quotidiennes basées sur les apprentissages répétitifs et programmés de types ABA.
Indice de progression	Grille d'évaluation développementale, PEP-3, ADI, CARS	PEP-3	Echelle de développement et d'adaptation

¹ Trouble du Spectre Autistique

² Treatment and Education of Autistic and related Communication Handicapped Children

³ Early Start Denver Model

C. La méthode des 3i

✓ Caractéristiques de la méthode

La méthode des 3i, s'inspire de l'approche « Sonrise » et de la Thérapie d'Echange et Développement du Pr.Lelord⁴. Elles sont fondées sur le jeu individuel et interactif dans une salle de jeu. La méthode des 3i est plus cadrée dans son organisation, avec des intervenants formés et supervisés. Elle consiste à jouer avec l'enfant afin de rentrer en contact avec lui, c'est l'échange qui amène le développement. Nous présenterons la méthode des 3i, qui s'articule en trois axes, en parallèle les autres méthodes.

Contrairement à d'autres types de prise en charge, la méthode des 3i s'applique en binôme, enfant – adulte ; C'est une stimulation **Individuelle**. Alors que pour l'E.S.D.M. et le programme T.E.A.C.C.H., plusieurs intervenants collaborent pour élaborer un programme individuel. Dans la méthode des 3i, parents, bénévoles et professionnelles participent également au développement de l'enfant en fonction de ses progrès. La particularité de la méthode 3i est qu'elle s'applique à domicile.

⁴ La thérapie d'échange et de développement, une rééducation neurofonctionnelle de la communication sociale. Blanc.R & al. 2013. Paris : Editions Elsevier Masson

Pour chaque famille, la méthode implique la mise en place d'un espace particulier pour l'enfant. Dans cette pièce seront mis à disposition un certain type d'outils, de jeux. Cet espace permettra à l'adulte, formé à la méthode, d'être en relation singulière avec l'enfant.

Afin d'amener l'enfant à progresser et à maintenir ses progrès, cette méthode nécessite un rythme soutenu, une stimulation donc **Intensive**. La prise en charge s'effectue donc tous les jours, à raison de 6 heures par jour fractionnées en séances de 1h30. On comptabilise ainsi 42 heures de travail intensif par semaine. Chaque séance se déroule avec un adulte différent, formé et supervisé par un psychologue, grâce à du « vidéo training ». Ainsi, tout comme les autres méthodes (E.S.D.M. ; T.E.A.C.C.H.) la stimulation de l'enfant est quotidienne. Ce temps de jeu individuel dépend de chaque enfant, et s'organise en fonction de son évolution (il diminue à partir du stade 2).

L'objectif premier de cette méthode est d'établir la communication, et donc la création d'une relation avec l'enfant. C'est donc par le jeu, de manière **Interactive**, tout comme l'E.S.D.M., qu'une interaction naturelle se crée, et non par un apprentissage de connaissances et de savoir-faire. Lors d'une séance, si l'enfant réalise un dessin avec l'adulte, le but n'est pas d'observer une qualité graphique adaptée ou non pour son âge, mais le dessin est alors utilisé comme médiateur pour « capter son attention » (l'adulte peut aussi dessiner pour créer le contact). D'autre part, si l'enfant se sent en difficulté et que l'on observe des mouvements répétitifs (stéréotypies), selon la méthode, l'adulte tente alors de dévier la stéréotypie vers un jeu. Cela permettra à l'adulte de rejoindre l'enfant dans « sa bulle » pour créer une relation et entreprendre un jeu interactif.

Afin d'augmenter l'interaction entre les deux sujets, **le jeu** apparaît comme un support souple et adaptable à chaque individu. Il permet de construire la relation en partant des centres d'intérêt de l'enfant et des jeux sensori-moteurs, tels que la pâte à modeler, le dessin, un instrument de musique, un trampoline... Tout est mis en œuvre pour que l'enfant communique. Ainsi, à l'aide de ces médiateurs, l'enfant va progressivement, selon la méthode, repasser par les stades de développement qu'il aurait occulté. Il entre alors en relation verbalement, gestuellement et visuellement, grâce aux différents outils et commence à communiquer comme un enfant entre 0 et 2 ans. Les bénévoles doivent garder à l'esprit un espace de jeux et non d'apprentissage, l'adulte suit l'enfant, il n'y a pas de programme mais des objectifs. Les réunions mensuelles avec les bénévoles, les parents et le psychologue permettent également d'adapter le planning à l'enfant en fonction de son évolution, et de cadrer la méthode grâce à la « vidéo training ». Tout comme les autres méthodes (E.S.D.M. ; T.E.A.C.C.H.) un programme évolutif personnalisé est mis au point en fonction du développement de l'enfant dans le but d'améliorer ses capacités. L'équipe utilise lors des réunions une grille d'évaluation propre à la méthode, afin d'apprécier aux mieux les besoins de l'enfant et de le situer dans ses phases de développement. D'autre part, *L'ADI* (Autism Diagnostic Interview) et la CARS sont réalisés dès le début de la méthode et renouvelés périodiquement.

L'objectif premier de la méthode des 3i, dans son travail quotidien avec l'enfant est de « *le faire repasser à son rythme par tous les stades de développement sans apprentissage et par le jeu interactif* » (AEVE, 2012). Cette méthode se base sur le développement de l'enfant. Elle fonctionne selon trois stades :

- Stade 1 : niveau de développement (0 à 18 mois) : Durant 6h par jour les jeux sensori-moteurs, l'imitation... sont privilégiés. Le planning est

exclusivement centré sur la salle de jeu avec de courtes récréations.

- Stade 2 : niveau de développement (18 mois à 3 ans : l'enfant prend conscience de lui et de l'autre, il découvre le monde extérieur. Il commence à communiquer par le langage, à développer l'imitation vocale et gestuelle. Les séances, diminuent au profit de la socialisation. Les jeux d'apprentissages commencent avec des ateliers (15min par séance).
- Stade 3 : niveau de développement (plus de 3 ans : l'enfant va progressivement intégrer les groupes collectifs (l'école ou des activités sportives) et commencer les apprentissages scolaires. Le planning des séances de jeu 3i diminue progressivement.

Après l'application dans l'intégralité de la méthode, l'enfant sera alors capable de communiquer, de se sociabiliser et donc de rentrer en relation avec les personnes qui l'entourent. Il aura également acquis des réflexes et des comportements qui lui seront propres. Son fonctionnement se rapprochera au plus de ses pairs. Dans un second temps, il pourra réintégrer l'école, étape par étape, d'abord à la maison en effectuant une remise à niveau, puis quelques heures à l'école, pour finalement arriver à une scolarisation complète.

II. Cadre

Par l'intermédiaire d'une association, nous avons pu entrer en contact avec des parents dont l'enfant commençait la méthode des 3i. L'ensemble de la recherche s'est déroulé dans un CMP. Lors de notre première rencontre avec les parents et leur enfant, le diagnostic d'autisme a été posé par le second auteur, selon les critères de la CIM-10 et du DSM-IV⁵; puis H. Le Guen, psychologue a réalisé l'évaluation de l'enfant.

⁵ Au moment du diagnostic, le DSM-V n'était pas encore publié.

Afin d'éviter une trop longue passation pour l'enfant, chaque évaluation s'est déroulée systématiquement en deux temps. Le tableau 2, résume le déroulement de l'étude pour chaque enfant.

Tableau 2 : Evaluations et tests

	1 ^{ère} évaluation	2 ^{ème} évaluation	3 ^{ème} évaluation	Tests
Charles	Janvier 2012	Janvier 2013	Janvier 2014	BECS CARS PEP-3
Maxime	Janvier 2012	Janvier 2013	Janvier 2014	
Arthur	Juin 2012	Juin 2013	Juin 2014	

✓ Critères d'inclusion

Nous avons retenu plusieurs critères d'inclusion quant au choix de la population : d'une part, les enfants commencent la méthode des 3i au moment où la première passation de test se réalise. D'autre part, les enfants n'ont pas de suivi psychothérapeutique associé à la méthode des 3i.

✓ Critères d'exclusion

Afin de maximiser la fiabilité de notre étude, nous avons exclu les enfants en dessous de l'âge de 2 ans 5 mois, car c'est seulement à partir de cet âge qu'un diagnostic d'autisme est clairement définit, bien que des troubles plus précoces soient repérables. Enfin, après l'âge de 10 ans, le processus de l'adolescence amène des spécificités liées à la puberté, c'est pour cela que nous avons exclu cette tranche d'âge.

III. Outils utilisés

Les outils qui nous ont permis d'évaluer le niveau de développement des enfants ont été choisis en fonction de leurs utilisations internationales. Pour minimiser les biais, l'ensemble de la recherche s'est déroulé

dans un CMP. Tout d'abord, en collaboration avec le pédopsychiatre, nous avons réalisé les premiers entretiens diagnostiques.

Puis, après la première passation des tests de chaque enfant, nous nous sommes entretenus avec les parents afin de mieux les connaître, ainsi que le quotidien de chaque enfant.

Afin d'évaluer le niveau de développement de chaque enfant, nous avons utilisé trois tests largement présents dans la littérature sur la question. Ils ont été sélectionnés pour leur validité et leur complémentarité. :

- La *Batterie d'Evaluation Cognitive et Socio-émotionnelle* (BECS) est un test plutôt généraliste s'adressant à une population assez large. Elle permet d'évaluer le développement psychologique, les capacités cognitives et socio-émotionnelles de l'enfant. La BECS comprend un domaine cognitif et un domaine socio-émotionnel qui sont divisés en 16 échelles (ADRIEN, 2008). Chacune échelles est hiérarchisés en 4 niveaux qui correspondent à un âge de développement. Le niveau 1 : 4 à 8 mois ; le niveau 2 : 8 à 12 mois ; le niveau 3 : 12 à 18 mois ; le niveau 4 : 18 à 24 mois.

- Le *profil Psycho-Educatif* (PEP-3) permet l'évaluation des compétences émergentes de l'enfant. Il identifie les capacités développementales et les comportements inadaptés divisés en 10 sous test (SCHOPLER, 1994).

- La *Childhood Autisme Rating Scale* (CARS), tout comme le PEP-3, est un test plus spécifique qui s'adresse à une population autistique. La CARS est une échelle d'observation, elle permet d'apprécier le degré d'autisme de chaque enfant. Après la cotation des 15 items comportementaux, on évalue le niveau de l'enfant : légèrement, moyennement ou sévèrement autistique.

IV. Ethique et déontologie

D'après le code de déontologie des psychologues (2012), « *Avant toute intervention, le psychologue s'assure du consentement libre et éclairé de ceux qui le consultent ou qui participent à une évaluation, une recherche ou une expertise. Il a donc l'obligation de les informer de façon claire et intelligible des objectifs, des modalités, des limites de son intervention et des éventuels destinataires de ses conclusions* ». (Chapitre II, Les conditions de l'exercice de la profession, article 9).

Pour la mise en place de cette recherche, nous avons choisi un protocole qui respecte aux mieux le code de déontologie. Avant de commencer, nous avons expliqué aux parents l'objectif et le déroulement de la recherche ainsi que l'organisation générale. Les parents ont donné leur consentement par oral et par écrit.

En ce qui concerne les résultats, nous avons pris soin de modifier chaque prénom dans un souci de confidentialité tout en essayant de garder un esprit d'authenticité.

Analyse des données.

L'analyse des données a été réalisée en deux temps:

- Tout d'abord, les évolutions respectives de chaque enfant nous ont amenés à extraire beaucoup d'informations. Nous avons choisi de faire l'étude de chaque cas afin de dégager les caractéristiques principales de leur évolution et de comprendre le développement de chaque enfant suivant la méthode des 3i.
- Puis, après avoir observé l'évolution de chaque enfant, nous étudierons les caractéristiques communes à l'ensemble des cas.

V. Résultats

Charles, 4 ans 5 mois

Au début de notre étude Charles habite avec ses parents et son petit frère de deux ans son cadet.

Afin de présenter au mieux l'évolution de Charles durant deux ans et à travers les trois évaluations réalisées, nous étudierons deux domaines extraits du PEP-3 (Tableau 2) : « la communication » (CVP;LE;LR) et « la motricité » (MF;MG;IOM).

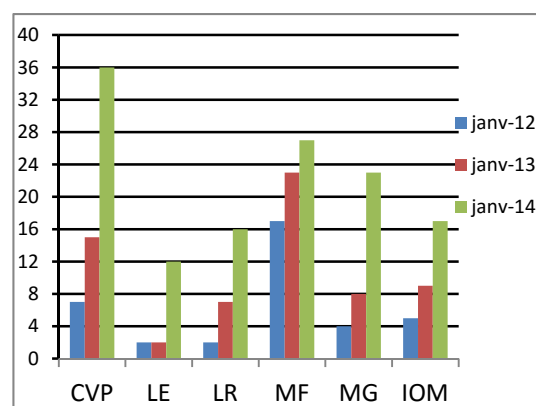
Sur le plan de « la motricité », lors de la 1^{ère} évaluation, Charles montre des compétences nécessaires à l'autonomie personnelle (actionner un interrupteur ou dévisser un couvercle) mais il présente certaines maladresses dans ses mouvements qui ne sont pas coordonnés. Le contact visuel est souvent très bref et dans la plupart des situations, il ne cherche pas l'autre dans la relation et le regard. Lors de la 3^{ème} évaluation, Charles a montré qu'il était capable de recopier des lettres et des chiffres ; il a également dessiné un bonhomme de type « têtard ». L'ensemble de ses gestes est plus coordonné, il montre notamment une latéralisation nette de la main droite. Au niveau de l'Imitation Oculo-Motrice, il est capable de suivre un objet en mouvement le contact oculaire est quasi omniprésent. Charles a progressé de façon constante et régulière.

Sur le plan de la « communication », lors de la 1^{ère} évaluation, Charles réagit occasionnellement aux gestes du psychologue. Il montre l'émergence d'une attention à l'autre mais n'utilise aucun langage expressif. Il est difficile d'entrer en contact avec Charles, il n'accepte pas l'autre dans la relation. Il utilise les objets qui l'entourent de façon stéréotypée surtout lorsqu'il est angoissé notamment par une situation nouvelle. En 2013, le pointing est acquis et l'on constate l'émergence de quelques mots. Enfin lors de la 3^{ème} évaluation, Charles commence à développer son vocabulaire même si celui-ci reste primaire

pour son âge. Il montre son envie de communiquer en développant la production de mots et de phrases courtes. Enfin, les stéréotypies ont diminués, il utilise les objets de manière appropriée.

Les résultats présentés dans le tableau 3 montrent que chez Charles les troubles autistiques sont moins envahissants depuis le début de la prise en charge.

Tableau 3 : Evolution de Charles au PEP-3



CVP=Cognition Verbale et Préverbale ; LE= Langage expressif ; LR= Langage Réceptif ; MF= Motricité fine ; MG= Motricité Globale ; IOM = Imitation Oculo-Motrice

En 2012, on note que l'IHG⁶ de Charles était de 9,75 ce qui le situait au 8^{ème} décile, son développement était très hétérogène. Au fil des évaluations, on remarque que le profil de Charles est plus homogène, il obtient lors de sa dernière évaluation un IHG de 3,3 et le situe au 1^{er} décile. Son comportement dans sa globalité est plus harmonieux.

La BECS permet ici de montrer l'évolution globale du comportement de Charles.

Le tableau 4 présente son développement selon plusieurs items divisés en deux catégories : les capacités « cognitives » et « socio-émotionnelles ».

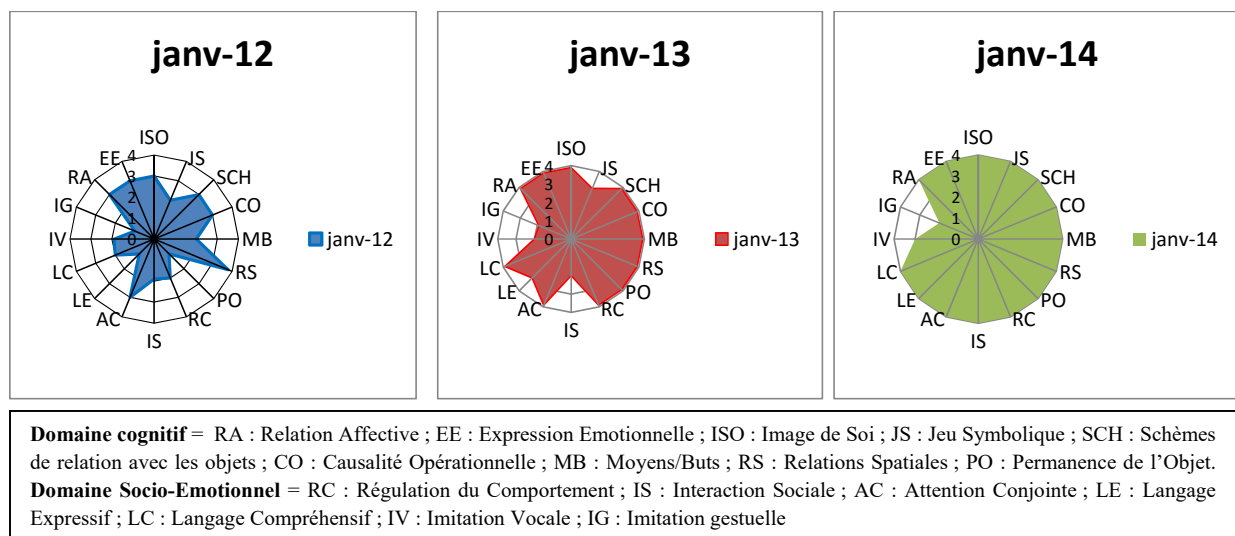
En Janvier 2012, sur le plan langagier, Charles présente beaucoup de difficultés à s'exprimer mais on observe de multiples tentatives de sa part, et donc beaucoup d'émergences dans certains domaines (LE;LC;IS;RA). Il prononce

⁶ IHG : Indice d'Hétérogénéité Global

quelques mots familiers et vient nous chercher lorsqu'il désire quelque chose. L'imitation reste difficile pour lui mais il tente de reproduire quelques gestes ou sons. Comme le montre le tableau 4, il atteint le niveau 4 dans la plupart des domaines à la dernière évaluation, sauf l'imitation qui reste encore complexe. Charles sait et peut imiter des mots qu'il connaît ; les mots nouveaux sont plus difficile pour lui à répéter.

Tableau 4 : Evolution de Charles à la BECS

Lors de la dernière évaluation, il montre une préférence pour un siège en particulier, il se sent suffisamment en confiance pour s'installer et enlever ses chaussures afin d'être plus à l'aise dans la salle et pour répondre aux consignes. Tous ces éléments nous permettent de confirmer qu'après deux ans de suivis de la méthode des 3i, Charles a diminué de 15 points sur l'échelle de la CARS ; il se situe dans la zone « moyennement autistique ».



Sur le plan moteur, il utilise son corps avec aisance, mais il a encore beaucoup de difficultés à imiter des gestes. Avec l'aide du psychologue, l'imitation progressive d'une action est encore complexe, et impossible lorsqu'elle est inhabituelle. Globalement, on constate que Charles est aujourd'hui sensible à la présence d'autrui. Le contact visuel est quasi permanent, il accepte la relation avec l'autre mais n'est pas l'initiateur de la relation. Lors de l'énonciation d'une consigne pour un exercice Charles est souvent pressé d'utiliser les objets qui lui sont proposés. Il répond de façon gestuelle ou verbale selon ce qu'il lui est demandé. Cependant, il a du mal à rester concentré et à fixer son attention.

Maxime, 7 ans 6 mois

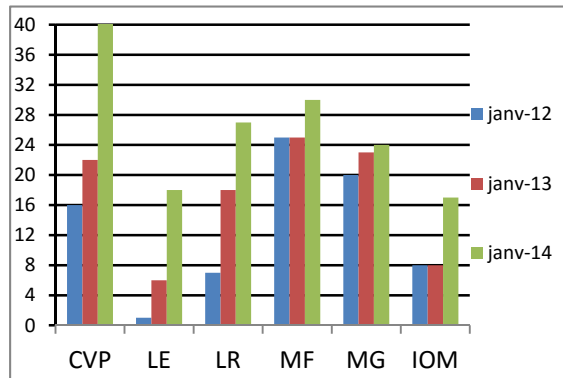
Maxime vit seul avec ses parents, il a 7 ans 6 mois lorsqu'il démarre la méthode des 3i.

Les résultats obtenus au PEP-3 (Tableau 5), lors de la 1ère évaluation, indiquent que Maxime a un certain niveau d'autonomie (notamment le fait de se déplacer) comme se déplacer avec un objet dans les mains, dévisser un bouchon. Par la suite, on observe notamment des progrès au niveau de la motricité globale, il peut lancer et donner un coup de pied dans un ballon, ou encore couper une feuille de papier avec des ciseaux.

Enfin, en 2014, il explore de manière adaptée l'environnement ; ses déplacements et ses mouvements sont relativement coordonnés. Les résultats au sous-test « Imitation Oculo-

Motrice » ont augmentés de façon significative depuis la 1ère évaluation. Maxime est capable d'imiter certains mouvements, il peut donc observer une action (vocale et gestuelle) puis la reproduire.

Tableau 5 : Evolution de Maxime au PEP-3



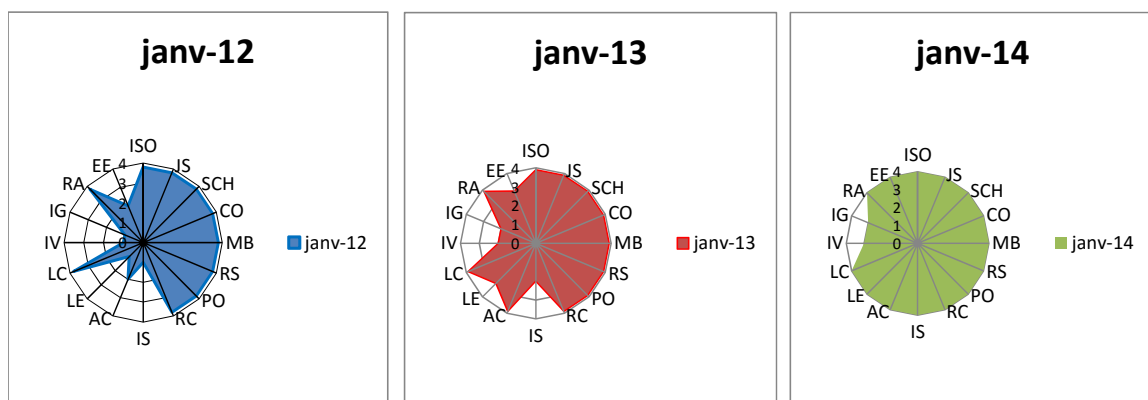
Sur le plan de la communication, en Janvier 2012, Maxime a réussi les items de « Langage réceptif », ce qui témoigne de sa capacité à comprendre le langage verbal. Maxime est coopérant, il réagit de façon adaptée au « non » et à l'appel de son prénom. Il comprend une consigne simple comme « viens ici ». Il s'adapte au contexte de la situation. Il atteint le niveau d'un enfant de 18 mois dans le domaine de la « Cognition Verbale » ce qui confirme sa capacité à comprendre un contexte: il place les pièces d'un encastrement, il déduit ce qu'il a à faire à partir du matériel proposé, il cherche et trouve un objet caché. En 2013, on observe que sur le plan langagier Maxime progresse tant au niveau expressif que réceptif. Il peut nommer des objets présentés devant lui, indiquer si une

pièce est petite ou grande. Il peut identifier au jeu du loto plusieurs lettres de l'alphabet mais ne peut pas les nommer, tout comme les couleurs qu'il peut montrer. Il tente de lire les chiffres de 1 à 10 mais avec beaucoup de difficultés. On constate que le pointing est acquis, ce qui peut expliquer l'entrée dans la communication, le langage. On remarque la présence de quelques nouveaux mots, mais l'articulation des mots est encore très primaire et les sons n'ont souvent aucune signification. Lors de la dernière évaluation on observe une progression constante, notamment dans le «Langage Expressif » qui jusqu'ici n'était que très peu développé. Maxime commence à produire des mots et des phrases courtes, l'articulation reste néanmoins difficile. En ce qui concerne la cognition et la mémoire verbale, il a réussi la plupart des items concernés sans difficultés apparentes ; la progression à cet item est significative.

Tout comme Charles, le comportement global de Maxime est plus homogène au cours des évaluations. L'Indice d'Hétérogénéité Global (IHG) obtenu en 2012 par Maxime est de 14 et le situe au 10^{ème} décile. L'Hétérogénéité est donc très importante. En 2014, son IHG est de 2,3 (en 2014), il se situe donc au 1er décile.

Son profil est plus homogène lors de la dernière évaluation, comme le montre le tableau 6.

Tableau 6 : Evolution de Maxime à la BECS



Sur le plan cognitif, on observe lors de la 1ère évaluation que Maxime face à son reflet dans le miroir ne montre pas d'émotion, il continue à se regarder même si celui-ci est retourné. Lorsque l'on dénomme des parties du visage, du corps, il se trouve dans l'incapacité de nous les désigner. Cela ne provoque aucune réaction particulière chez lui. A plusieurs reprises, Maxime aura une utilisation stéréotypée de certains objets tels que la petite voiture qu'il ne cessera de faire rouler. Enfin, Maxime montre de l'agilité à encastrier des formes, empiler des cubes et des anneaux, même si certains déplacements dans l'espace apparaissent encore fragiles. En 2013, on observe qu'il a intégré l'usage social des objets, leurs utilisations sont beaucoup moins stéréotypées que lors de la 1ère évaluation. Cependant, il montre toujours des difficultés dans le jeu symbolique notamment dans le faire semblant (jouer à la dinette, se coiffer). Enfin, lorsqu'une balle cachée sous une boîte est déplacée discrètement il peut la retrouver, contrairement à la 1ère évaluation. Lors de la dernière évaluation Maxime se montre coopérant avec la psychologue. Il commence par prendre le miroir qui est à sa disposition et montre de l'intérêt face à son reflet tout en souriant. Il est capable de se regarder en se prénommant et désigner les parties de son visage. Il est plus attentif à ce qui l'entoure, il peut écouter une consigne et y répondre verbalement et/ou gestuellement. En ce qui concerne l'imitation vocale ou gestuelle, Maxime semble encore avoir des difficultés pour imiter immédiatement quelque chose de nouveau.

Sur le plan socio-émotionnel, en 2012, sans diriger le cours de l'examen, Maxime peut s'imposer et repousser un objet indésirable ou refuser qu'on lui prenne un objet. Son interaction avec les autres est limitée, on observe des contacts visuels par intermittence, mais de manière générale il reste passif face à nos sollicitations. Il ne montre pas d'émotion particulière lors de la séparation avec ses parents. Maxime ne parle pas, il peut produire

quelques sons semblables à ceux de l'adulte, mais ne peut répondre aux questions qui lui sont posées. Maxime produit d'avantage de mots et quelques phrases courtes (deux à trois mots). La prononciation est audible pour la plupart des mots. Lors de la 2^{nde} évaluation, le contact visuel est plus présent. Il peut à la fois sourire et vocaliser, tout en nous regardant. Lorsque nous pointons un objet, le regard de Maxime est orienté vers l'objet désigné. Il peut montrer et donner des objets dénommés par l'adulte. En 2014, le jeu en binôme devient possible notamment lors du jeu de la dinette où il fait semblant de manger ou encore de donner à boire à la poupée. Maxime est plus à l'aise dans la relation, il peut réaliser une action tour à tour avec la psychologue : il accepte l'autre. On observe que le comportement de Maxime est régulier et cohérent avec la situation. Le contact avec lui est plus facile qu'auparavant.

D'après les éléments exposés, on remarque que les troubles autistiques de Maxime sont moins présents que lors de la 1ère évaluation. Les résultats à la CARS montrent qu'il est passé de la zone « sévèrement autistique » à « moyennement autistique ». Maxime a diminué de 10,5 points sur l'échelle de la CARS.

Arthur, 3 ans 10 mois

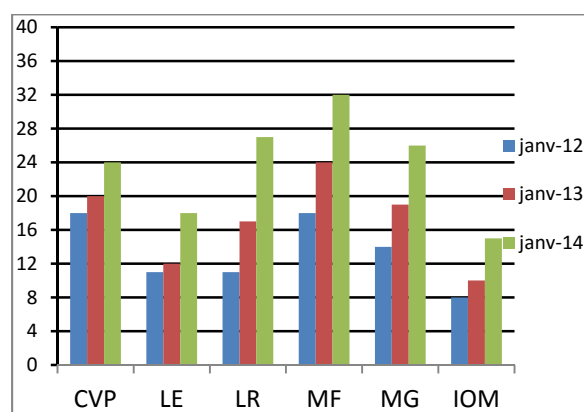
Arthur vit avec ses parents, il a une petite sœur qui a trois ans de moins que lui. Arthur a 3 ans 10 mois au début de notre étude.

Contrairement à Charles et Maxime, Arthur est meilleur aux items « communication » que ceux concernant la « motricité » au PEP-3.

Lors de la 1ère évaluation, Arthur a mieux réussi les sous tests, langage expressif et langage réceptif, que celui de la cognition verbale, mais l'ensemble des résultats restent homogènes (tableau 7). Arthur parle beaucoup, on observe quelques écholalies et des stéréotypies verbales. Il réagit presque systématiquement quand on lui parle. Il est assez réceptif aux consignes qu'on lui impose. Arthur connaît les objets du quotidien ainsi que

leur utilisation qui est adaptée dans la plupart des cas. Lors de la 2^{ème} évaluation, le langage stéréotypé est présent surtout au début de la passation, lorsque la situation est un peu stressante ou inhabituelle pour lui. Lorsque la psychologue lui demande s'il est d'accord pour revenir la semaine prochaine : il répond « oui, je suis d'accord ». Par cette réponse on remarque qu'Arthur est réceptif aux questions de la psychologue. Il peut répondre verbalement ou gestuellement à des questions ou des ordres simples. Ses réponses sont souvent courtes, mais son expression est claire et souvent adaptée à la situation. Arthur est capable avec un peu d'aide de remercier la psychologue par son nom et son prénom. Il emploie le «je» de façon occasionnelle et peut commenter certains bruits qu'il entend (bruits externes à la salle de passation) « C'est Aline, elle a pas l'air contente Aline, on l'entend parler Aline ». En 2014, le langage d'Arthur s'est enrichi, il articule davantage et utilise des pronoms personnels à bon escient, « moi je suis en haut de ma maison » (après avoir construit un tour avec des cubes). Il montre un intérêt particulier pour les manèges et les pharmacies, mais il ne restreint pas son langage pour autant. Il est capable de commenter ce qu'il fait ou d'associer un affect au bonhomme qu'il dessine « le bonhomme, il a l'air d'être pas content (tout en dessinant la bouche) ».

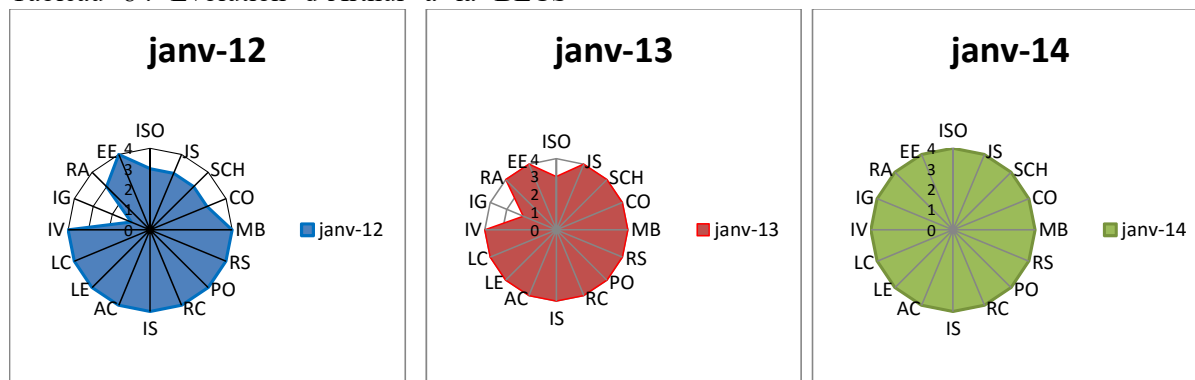
Tableau 7 : Evolution d'Arthur au PEP-3



Sur le plan moteur (PEP-3), en 2012, Arthur a mieux réussi le sous test imitation oculomotrice que la motricité globale et fine. Il peut faire semblant d'éteindre des bougies, il imite et appuie deux fois sur la sonnette, et montre très bien comment se servir des objets qui lui sont présentés. Lors de la 2^{ème} évaluation, Arthur a mieux réussi les items de la motricité fine et globale, que de l'imitation oculomotrice. Il peut dévisser un couvercle, et encastrier des formes de différentes tailles. A la présentation de différents objets (brosse à dents, cuillère, peigne...) il peut montrer leur utilisation.

Concernant la sphère cognitive, lors de la 1^{ère} évaluation, on note qu'Arthur a bien compris l'utilisation du miroir, il se regarde avec intérêt, mais il ne se dénomme pas spontanément lorsqu'il voit son reflet. Il semble ne présenter aucune sensibilité particulière face aux détails de son visage. Quand la psychologue lui présente un objet, il le manipule et l'explore de manière appropriée. Cependant, il montre des difficultés dans le « faire semblant » notamment lors des activités telles que jouer à la dinette, faire rouler une voiture en imitant le bruit du moteur. Arthur est un petit garçon plutôt déterminé, il se déplace volontiers pour aller chercher ce qu'il désire, sauf quand l'activité est trop complexe pour lui (obtenir la mousse dans le cylindre à l'aide d'un râteau). Lors de la 2nde évaluation, il alterne son regard entre celui de la psychologue et le sien, ce qu'il ne faisait pas auparavant. Lorsqu'elle lui présente des objets, il a des réactions adaptées, les manipule et les explore de façon approprié. Durant certaines activités, Arthur peut «faire semblant» de jouer à la dinette, brosser une poupée et imiter le bruit d'une voiture, mais il ne rentre pas réellement dans le jeu avec la psychologue. Il montre précisément du doigt un objet demandé, le pointing est acquis. Arthur montre de la résistance à la prise d'objet, il sait ce qu'il veut et ne veut pas, il le notifie en exprimant un « non » très clairement.

Tableau 8 : Evolution d'Arthur à la BECS



Enfin, en 2014, Arthur atteint le niveau 4 à tous les items (tableau 8), son IHG est donc de 0 et le situe au 1er décile (en 2012 son IHG était de 7,42 et l situait au 6ème décile). La plupart des items (CO, MB, RS, PO, IS, AC, LE et RA) sont homogènes et stables, donc consolidés. Les autres domaines sont encore fragiles, l'aide de la psychologue est souvent requise pour effectuer la tâche. En 2014, n constate qu'Arthur est capable de jouer, de faire semblant de jouer à la dinette avec une poupée, tout en introduisant du dialogue : « Elle n'a pas son livre la poupée donc ne peut pas lire ». On note également qu'il ne sait pas écrire ou encore recopier une figure, un chiffre ou une lettre, mais il dessine un bonhomme type « têtard ». Arthur est coopérant lors de la dernière évaluation, il se dirige de manière autonome jusqu'à la salle. La psychologue peut échanger avec lui durant l'évaluation. Arthur est capable d'initier un échange et montre ce qu'il veut faire ou non. A la fin de l'examen, Arthur baille et quand la psychologue lui demande si il est fatigué il répond : « Oui, fatigué » ; « on va, on sort ».

Au vu des résultats présentés ci-dessus, on remarque que les troubles autistiques d'Arthur ont très significativement diminués. On peut parler de traits autistiques. Arthur se situe après deux ans de méthode des 3i dans la zone « non autistique », il a diminué de 8,5 points sur l'échelle de la CARS.

VI. Discussion

A l'issue des résultats obtenus, on note que chaque enfant a évolué de manière singulière ; cependant on retrouve des similitudes dans leur évolution.

- ✓ Effets sur l'imitation vocale et gestuelle.

L'imitation est un domaine que nous n'avons pas encore évoqué car il s'agit d'une caractéristique dont le développement a été semblable pour les trois enfants.

L'imitation gestuelle (item IG dans la BECS) a été difficile à acquérir pour les trois enfants.

L'imitation progressive est possible lors de la 2ème évaluation mais avec beaucoup d'aide de la part de la psychologue. Aujourd'hui, l'imitation n'est toujours pas spontanée, les 3 enfants sont capables de reproduire une action simple en réponse à une consigne.

L'imitation vocale (IV dans la BECS) est aussi difficile à observer chez ces enfants qui ne sont pas dans une volonté de communiquer avec autrui. Ils peuvent répéter des mots qu'ils connaissent mais dans une dynamique écholalique. Lors de la 3ème évaluation on constate que seul Arthur a montré des capacités d'imitation vocale (répétition de mots qu'il connaissait déjà) dans un échange avec la psychologue.

L'imitation peut être « *considérée comme un couplage entre perception et action, elle établit une correspondance entre tout type de*

perception, immédiate ou représentée, et tout type d'action, quelle qu'en soit la complexité.» (Nadel,2003). Les enfants autistes sont capables d'imiter une action, mais ils ont des difficultés à planifier et à s'en représenter le but. L'imitation exige au préalable des capacités de mémorisation, de représentations motrices... Tout ceci peut donc expliquer la difficulté pour ces enfants à évoluer dans ce domaine, sur le plan vocal et gestuel. Ils seront davantage capables d'imiter lorsqu'ils auront consolidés ces autres capacités nécessaires à l'imitation.

✓ Effets sur le plan psychomoteur.

La communication non verbale ayant progressé pour chaque enfant, il apparaît important d'analyser comment sur le plan psychomoteur les évolutions se sont articulées.

D'un point de vue global, chaque enfant a évolué rapidement. Ils sont tous devenus autonomes très vite dans la prise en charge. Dès la 2^{ème} évaluation chaque enfant s'est dirigé seul dans la salle, a ouvert la porte et s'est installé sur un fauteuil. La coordination des mouvements est plus adaptée, ils se déplacent avec aisance dans la salle. Ils n'hésitent pas ouvrir les tiroirs pour prendre ce qu'ils désirent et s'en servir aussitôt.

De manière plus précise, la motricité fine à évoluer de façon constante. Lors de la dernière évaluation, on remarque que chaque enfant présente une latéralisation nette de la main. Certains peuvent écrire des lettres ou des chiffres et d'autres peuvent dessiner des bonhommes, tous de types « têtard ». Pour tous, recopier des figures géométriques simples est encore difficile voire impossible. Les effets sur le plan psychomoteur sont limités puisqu'au moment où la 3^{ème} évaluation a été réalisée, les enfants sont entrés dans la phase 2 (Phase qui correspond à un âge de développement de 18 mois à 3 ans). C'est à ce stade de la méthode que les ateliers d'apprentissages commencent, ce qui explique

que leur motricité fine n'est pas complètement développée.

✓ Effets sur le plan non verbal

Le langage n'étant pas assez développé pour certains enfants, ils utilisent tous un langage corporel, une communication non verbale pour transmettre leurs désirs et leurs intentions.

Lors de la 1^{ère} évaluation, les enfants étaient souvent craintifs ou apeurés face à la tâche qui leur était demandée. Les stéréotypies traduisaient souvent leur crainte et leur permettait de se réfugier dans un espace où il était impossible de pénétrer. Ils présentaient beaucoup d'agitations à certains moments et à d'autres, une absence totale de réponse. Aujourd'hui, ils sont capables de moduler et d'ajuster leur comportement en fonction de la situation ; en cas de fatigue ils demandent à arrêter ou nous font comprendre qu'ils n'ont plus l'énergie pour répondre aux exercices.

Comme expliqué précédemment, le langage est en pleine émergence, ce qui est en corrélation avec l'acquisition du pointing. En effet, dès la 2^{ème} évaluation, nous avons remarqué qu'ils pouvaient pointer précisément du doigt un objet. Tout comme le regard qui s'est stabilisé au fur et à mesure.

Nous avons rencontré des enfants dont le regard était fuyant, absent et flou. Ainsi, après ces deux ans de méthode, ils peuvent aujourd'hui communiquer par le regard car il est plus présent et moins bref, ce qui facilite la communication avec l'autre. Même si leur regard est encore absent à certains moments, il est aujourd'hui plus simple de rencontrer leur regard, les moments de fuite se font donc de plus en plus rare au fil du temps.

✓ Effets sur la communication verbale.

Comme nous venons de l'expliquer la communication verbale à émerger pour tous les enfants et encore davantage pour Arthur qui aujourd'hui l'utilise pour communiquer. Pour ces enfants dont les troubles autistiques étaient

importants au début de notre étude, l'évolution est significative. Si au départ ils avaient tous un langage idiosyncrasique, celui-ci a aujourd'hui évolué. On remarque la disparition quasi complète des cris et petits bruits inappropriés pour chacun ; même si certains bruits persistent ils évoluent tous vers un langage commun.

Aujourd'hui, Arthur peut communiquer avec autrui, la plupart de ses phrases sont construites, il utilise le langage pour interagir avec les autres. L'utilisation du *je* et du *moi* devient plus fréquent au fur et à mesure de la dernière évaluation : « *tu n'as pas le droit de venir chez moi, je suis dans ma maison* », « *je vends des tickets de manège* ». Les mots et parfois les phrases que Charles et Maxime produisent sont construits dans l'idée de communiquer, de se faire comprendre. Ils n'utilisent pas le *je* ou le *moi* dans leurs phrases. Les mots qu'ils emploient ne sont pas toujours adaptés à la situation mais ils ont un sens. Leurs réponses sont parfois en différées, il faut donc reprendre chaque mot dans le contexte donné afin d'évaluer leur capacité à communiquer avec les autres.

✓ Effets globaux sur les troubles autistiques.

Après deux ans de suivis de la méthode des 3i, pour l'ensemble des enfants, on remarque une diminution significative des stéréotypies. Cependant elles peuvent persister en cas de situation de stress ou d'angoisse.

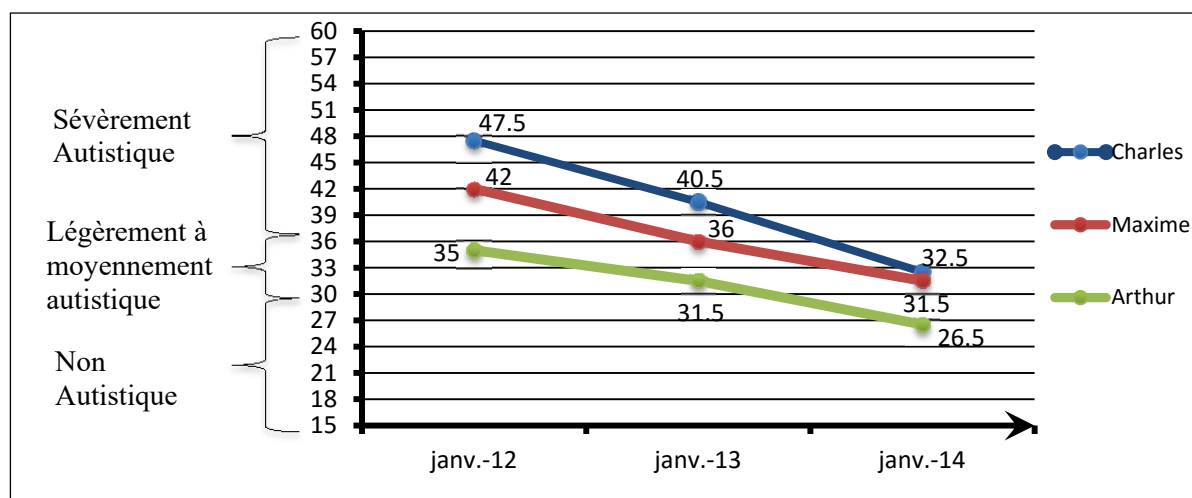
L'acquisition du langage évolue de manière progressive pour chacun des enfants. Maxime et Charles savent compter et reconnaître les lettres de l'alphabet ; contrairement à Arthur, qui est cependant plus jeune. L'émergence du langage expressif a conduit les trois enfants à accepter davantage les autres dans la relation. La présence du « non » était souvent bien marquée et utilisée à bon escient. Les interactions sont aujourd'hui plus fréquentes et

plus stables, ce qui paraissait trop intrusif pour eux auparavant. Ils ne fuient plus le regard et la relation, un échange est possible et parfois même initié, notamment par Arthur.

Enfin, chacun a pu rapidement montrer ses désirs et intentions. En effet, au bout d'un an de méthode, nous avons remarqué que chaque enfant exprimait clairement son opinion, ses intentions. Tout ceci nous permet de dire que globalement, les troubles autistiques sont en répression, après deux ans de méthode des 3i.

Bien que notre étude porte sur une population limitée, le suivi de la méthode des 3i révèle une diminution des signes autistiques pour chaque enfant. En l'absence de groupe de témoin, nous ne pouvons pas ignorer la présence de biais ainsi que la question de l'âge. En effet, la littérature sur le sujet révèle l'importance de commencer une prise en charge précoce pour les enfants autistes : « *la précocité du diagnostic conditionne en effet la précocité d'une prise en charge thérapeutique qui conditionnera elle-même, au moins en partie, la qualité de l'évolution* » (Ferrari, 1993. p.117). On observe en effet une corrélation entre la prise en charge précoce et les résultats obtenus dans notre étude. Arthur a 3 ans lorsqu'il commence le suivi alors que Maxime a 7 ans ; l'évolution d'Arthur est plus rapide et constante, tout comme Charles.

Tableau 9 : Evolution des trois enfants à la CARS



Le programme TEACCH et l'ESDM ont fait aussi l'objet d'études scientifiques afin de montrer leurs effets bénéfiques dans le traitement de l'autisme. Ces études^{7,8} ne comportant pas les mêmes critères méthodologiques que la nôtre, il n'est pas pertinent de comparer les résultats. Cependant, pour chaque étude, les résultats montrent l'importance de la prise en charge en individuel. La méthode des 3i privilégie un espace **individuel** où l'enfant peut s'exprimer et évoluer sereinement. Lorsque la relation est établie entre l'enfant et l'adulte, un jeu **interactif** est alors possible. Ce sont les médiateurs utilisés dans la salle qui permettent de créer ce lien entre les deux individus. Ainsi, ces enfants peuvent partager une activité avec un autre individu. Pour y parvenir, l'aspect **intensif** de cette méthode est important car elle permet à l'enfant de progresser et de ne pas se renfermer sur lui-même.

⁷ Randomized, Controlled Trial of an Intervention for Toddlers With Autism: The Early Start Denver Model. Dawson.G & al. 2010. Pediatrics.

⁸ Effectiveness of a Home Program Intervention for Young Children with Autism. Ozonoff. S. & Cathcart. K. 1998. Journal of Autisme and Developmental Disorders, 25-32.

D'un point de vue scientifique, comme nous l'avons montré ces enfants présentent une évolution positive (tableau 9), et cliniquement, nous avons pu observer un comportement plus rassuré à la deuxième évaluation⁹. Les enfants entraient volontairement dans la salle et avec un certain plaisir. L'évaluation a pu servir de support, de médiation pour créer un lien avec eux. Ainsi, nous avons pu partager avec eux des émotions, propres à chacun. En effet, nous avons constaté que ces enfants reconnaissaient davantage la psychologue à partir de la seconde évaluation.

VII. Conclusion

En conclusion, après deux ans de suivi de la méthode des 3i, le développement des trois enfants présente une évolution positive. En effet, comme nous l'avons souligné, ils présentent des troubles autistiques moins envahissants qu'auparavant. Ils communiquent et interagissent davantage avec autrui. Leur développement est progressif et singulier. Chacun progresse à son rythme et dans différents domaines.

A travers l'évolution de ces trois enfants, nous avons pu comprendre quel était l'impact de la

⁹ Cf. commentaires sur le comportement de chaque cas.

méthode des 3i sur leur développement et de mettre en évidence son intérêt dans la prise en charge de ces troubles.

Pour conclure, dans une perspective d'élargissement, nous aimerions continuer cette étude sur une population plus importante, plus homogénéisée et sur un temps plus long afin de pouvoir constater dans le temps, l'évolution de ces enfants autistes.

Il pourrait être intéressant également d'étudier l'évolution des familles dont l'enfant est suivi par la méthode des 3i.

Enfin, nous pourrions comparer ce groupe à un groupe d'enfants suivant une autre méthode afin de voir les évolutions respectives des enfants et d'en dégager les intérêts et les limites.

VIII. Références bibliographiques

- Adrien, J.-L. (2008). BECS. Paris: Editions de Boeck.
- APA. (2000,2003). DSM-IV-TR. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Masson.
- Blanc.R & al. (2013). La thérapie d'échange et de développement, une rééducation neurofonctionnelle de la communication sociale. Paris : Masson
- CFTMEA-R. (2012). Classification Française des Troubles mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent. Rennes: EHESP.
- Dawson.G & al. (2010). Randomized, Controlled Trial of an Intervention for Toddlers With Autism: The Early Start Denver Model. Pediatrics.
- De La Presle, C., & Valeton, D. (2010). Lettre à un petit prince sorti de l'autisme: une clé pour l'autisme. Paris: Harmattan.
- Ferrari, P., Epelbaum, C.(1993). Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Paris : Flammarion.
- Haute Autorité de la Santé. (2010). Autisme et autres troubles envahissants du développement : interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent. Paris: HAS.
- Nadel, J. (2003, décembre). Imitation et autisme. Cerveau & Psycho, 68-71.
- Ozonoff, S., Cathcart, K. (1998, Février). Effectiveness of a Home Program Intervention for Young Children with Autism. Journal of Autisme and Developmental Disorders, 25-32.
- Schopler, E. (1994). Profil Psycho-Educatif (PEP-R). Paris: Editions de Boeck.
- Schopler, E., Reichler, R., De Velus, R., & Daly, K. (1980). Toward objective classification of childhood autism: Childhood Autism Rating Scale (CARS). Journal of Autism and Developmental Disorders , 91-103.
- Schopler, E., Robert-Jay, R., & Lansing, M. (1988). Stratégies éducatives de l'autisme et des autres troubles du développement. Paris: Masson.

Déclaration d'intérêts: Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Remerciements : L'association Autisme Espoir Vers l'Ecole remercie les auteurs et le département de recherche de l'Ecole de Psychologues Praticiens

T.E.A.C.C.H

(Treatment and Education of Autistic and related Communication Handicapped Children)

✓ Historique

La méthode T.E.A.C.C.H. a été développée par Eric Schopler et ses collaborateurs de l'université de Caroline du Nord en 1982. A cette époque, on suppose que les symptômes de ces enfants atteints d'autisme sont alors la conséquence d'une carence affective dans l'enfance.

✓ Fondements théoriques

Fondé sur des principes psychodynamiques, Schopler met en place des thérapies de groupe afin d'observer les interactions possibles entre les enfants et leurs parents. Par la suite, il conclut que les parents peuvent alors collaborer dans la prise en charge de l'enfant. Ainsi, il élabore un programme où le milieu familial et scolaire s'associent pour développer l'autonomie de l'enfant.

✓ Résumé de la prise en charge

Le programme TEACCH est une approche qui prend en charge les enfants et les adultes atteints d'autisme ou de troubles apparentés au développement, tout au long de leur vie.

La collaboration entre les parents et les professionnels est essentielle pour plusieurs raisons. Les soignants dotés de connaissances, peuvent apporter le soutien nécessaire aux familles qui reçoivent peu de manifestations affectives surtout de la part de leur enfant. Ils s'encouragent réciproquement en fonction de leurs attentes et de leurs connaissances.

Les parents sont donc formés par les intervenants sur les modalités du programme, sur la gestion du comportement et sur l'enseignement structuré.

✓ Objectifs et indicateurs d'efficacité

Le programme T.E.A.C.C.H est un système de soutien qui permet au sujet de s'adapter à l'environnement. Il vise à augmenter l'indépendance de l'enfant, donc évoluer sans l'aide permanente de l'adulte.

Afin que le programme fonctionne, il faut prendre en compte les besoins, l'âge et le niveau de développement de l'enfant. Le programme et les situations d'apprentissages sont donc mis en place en fonction des critères cités ; ce qui permet d'augmenter la réussite de l'enfant. Lors des activités pédagogiques, l'adulte utilise des récompenses concrètes et matérielles quand l'enfant exécute un comportement adapté. Il observe donc les comportements et réponses de l'enfant aux activités qui lui sont proposés ; le programme évolue alors en fonction de l'enfant et de son développement, l'évaluation est faite grâce au *profil psycho-éducatif*.

En 1998, Ozonoff et Cathcart ont comparé les performances d'un groupe d'enfant avant et après l'intervention du programme grâce au PEP-R afin de montrer une augmentation comme les domaines de l'imitation, la motricité fine et globale ou encore les performances cognitives.

✓ Appréciation par la HAS

La Haute Autorité de la Santé inclut le programme T.E.A.C.C.H dans les programmes d'intervention à référence développementale. Elle ne le présente pas comme une méthode ni comme une approche mais une combinaison de techniques et méthodes qui répondent aux besoins de l'enfant. Après l'évaluation des capacités émergentes de l'enfant, un programme personnalisé est mis en place grâce aux différents intervenants (parents, professionnels...) dans un environnement d'apprentissage structuré. Le programme comprend également une approche comportementale qui utilise des stratégies

positives, qui permet d'enseigner le self-care, tout ceci en suivant l'intérêt de l'enfant.

E.S.D.M.

(Early Start Denver Model)

✓ **Historique**

Crée en 2009 par Sally Rogers et Géraldine Dawson, l'ESDM est un modèle d'intervention précoce. Il se base sur un apprentissage cognitif ainsi que les compétences socio-émotionnelles.

✓ **Fondements théoriques**

La motivation de l'enfant est une des principales caractéristiques selon l'ESDM afin de rendre les apprentissages plus faciles pour l'enfant. D'orientation développementale, l'ESDM met l'accent sur le renforcement des relations sociales. Elle s'appuie également sur une approche comportementale (A.B.A) puisqu'elle tient compte de la nature neurodéveloppementale de l'autisme.

✓ **Résumé de la prise en charge**

Tout d'abord, l'ESDM nécessite l'implication totale des parents. Autour d'un thérapeute principal dûment formé, une équipe pluridisciplinaire composé d'orthophoniste, d'éducateur, de psychologue, de psychiatre... agissent en fonctions des problèmes liés à l'autisme.

L'ESDM se concentre essentiellement sur trois objectifs : les relations, l'imitation et la communication verbale.

Grâce au jeu et en privilégiant ses centres d'intérêts, l'enfant peut interagir plus aisément avec les autres.

Afin d'augmenter son efficacité, le programme s'applique tout au long de la journée, quel que soit l'endroit où il se trouve. Les interactions en binôme se font aussi bien avec ses pairs qu'avec des adultes.

✓ **Objectifs et indicateurs d'efficacité**

Au cours des activités, des évaluations sont réalisés par le biais de questionnaire d'observation sur l'évolution des différentes compétences de l'enfant.

Enfin, toutes les 12 semaines, une évaluation de tous les domaines est effectuée à partir de la Checklist Denver. Les objectifs sont fixés en fonction de la priorité des parents à court terme et des capacités émergentes de l'enfant. Ce qui permet à l'ensemble de l'équipe de réaliser un plan d'intervention sur 3 mois.

✓ **Appréciation par la HAS**

Selon la HAS, l'ESDM est « *une approche interventionnelle précoce et intensive* » (HAS, 2010, p.97). Elle requiert la participation systématique des parents et peut s'appliquer individuellement ou en groupe.

La HAS explique que l'ESDM intervient sur :

- « Un curriculum basé sur les connaissances sur le développement »(Id.) .

- et sur des apprentissages spécifiques tels que le *Pivotal Response Training*. Toutes ces interventions sont centrées autour des motivations et interactions de l'enfant avec autrui.

Enfin, l'équipe utilise une échelle de développement et d'adaptation pour leur permettre de mieux cerner les besoins et les intérêts de l'enfant.