

Autisme et troubles envahissants du développement :

Troubles du spectre autistique

Dr Christine Cordoliani, médecin conseiller technique auprès du recteur,

*Formateur de l'Agence Régionale de Santé
au corpus commun de connaissance de l'autisme*
christine.cordoliani@ac-versailles.fr

*Dr Régis Brunod, pédiatre, pédopsychiatre au centre de ressources
autisme Ile de France (CRAIF)*

<http://www.craif.org/>

Autisme

- Trouble sévère, global et précoce du développement : TED

- . Interactions sociales

- . Communication
 - ver bale
 - non verbale



- . Intérêts restreints et conduites répétitives

- Signes présents avant l'âge de trois ans

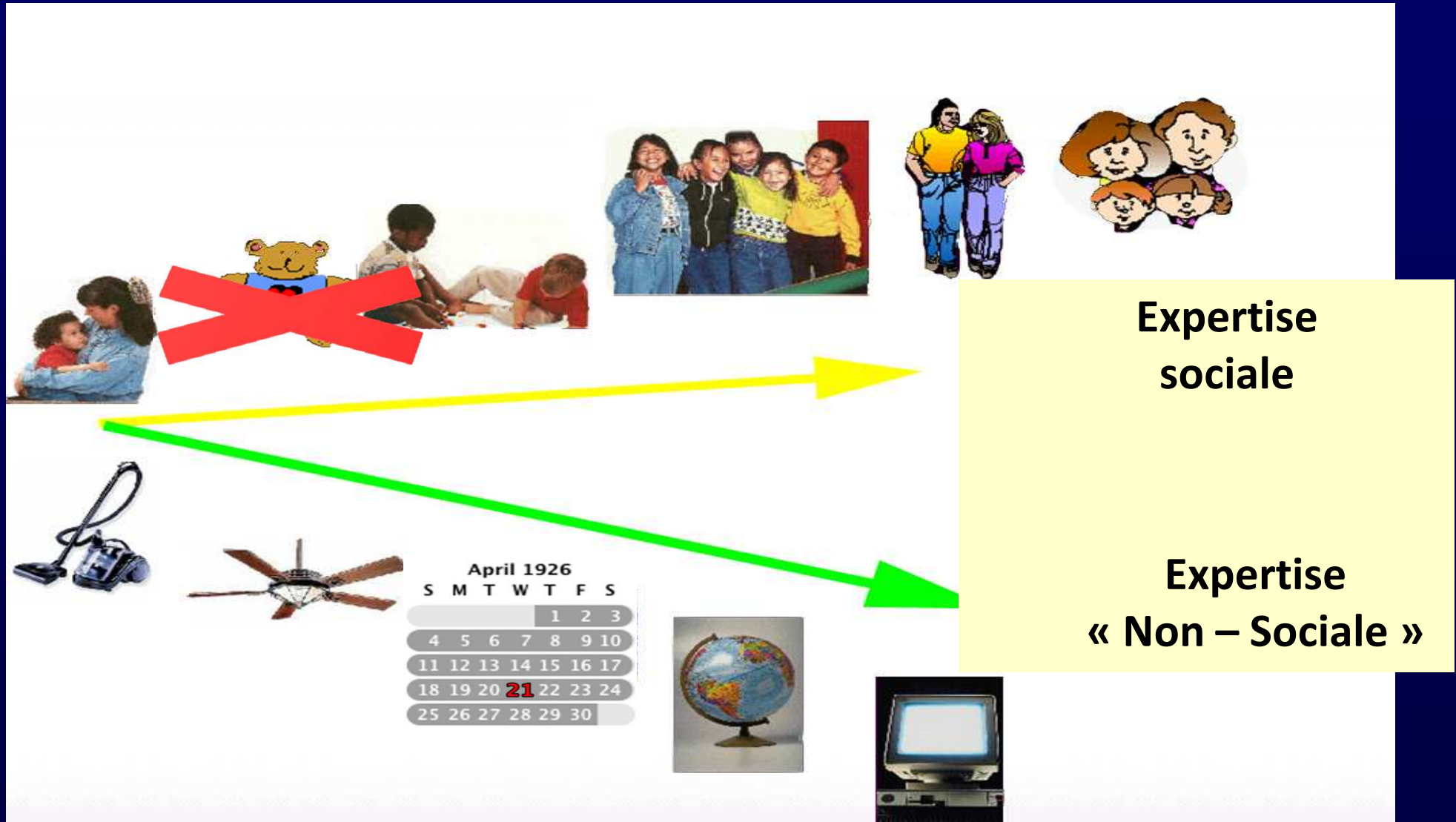
- Variation qualitative des déficits en fonction du niveau de développement

- Diagnostic classique : 36-48 mois

Autres particularités

- Troubles du sommeil
- Difficultés alimentaires
- Troubles sensoriels :
 - Audition (suspicion de surdité, hyperacousie)
 - Olfaction
 - Tact (hyperesthésie ou besoin de pression)
- Particularités psychomotrices :
 - Retard ou habiletés particulières

Trajectoires développementales



Des variations importantes

- Degré de sévérité global du syndrome
- Degré de sévérité des répercussions
- Niveau cognitif
- Niveau de communication verbale et utilisation de la communication
- Existence de troubles associés \pm sévères



Notion de Troubles du Spectre Autistique
TSA

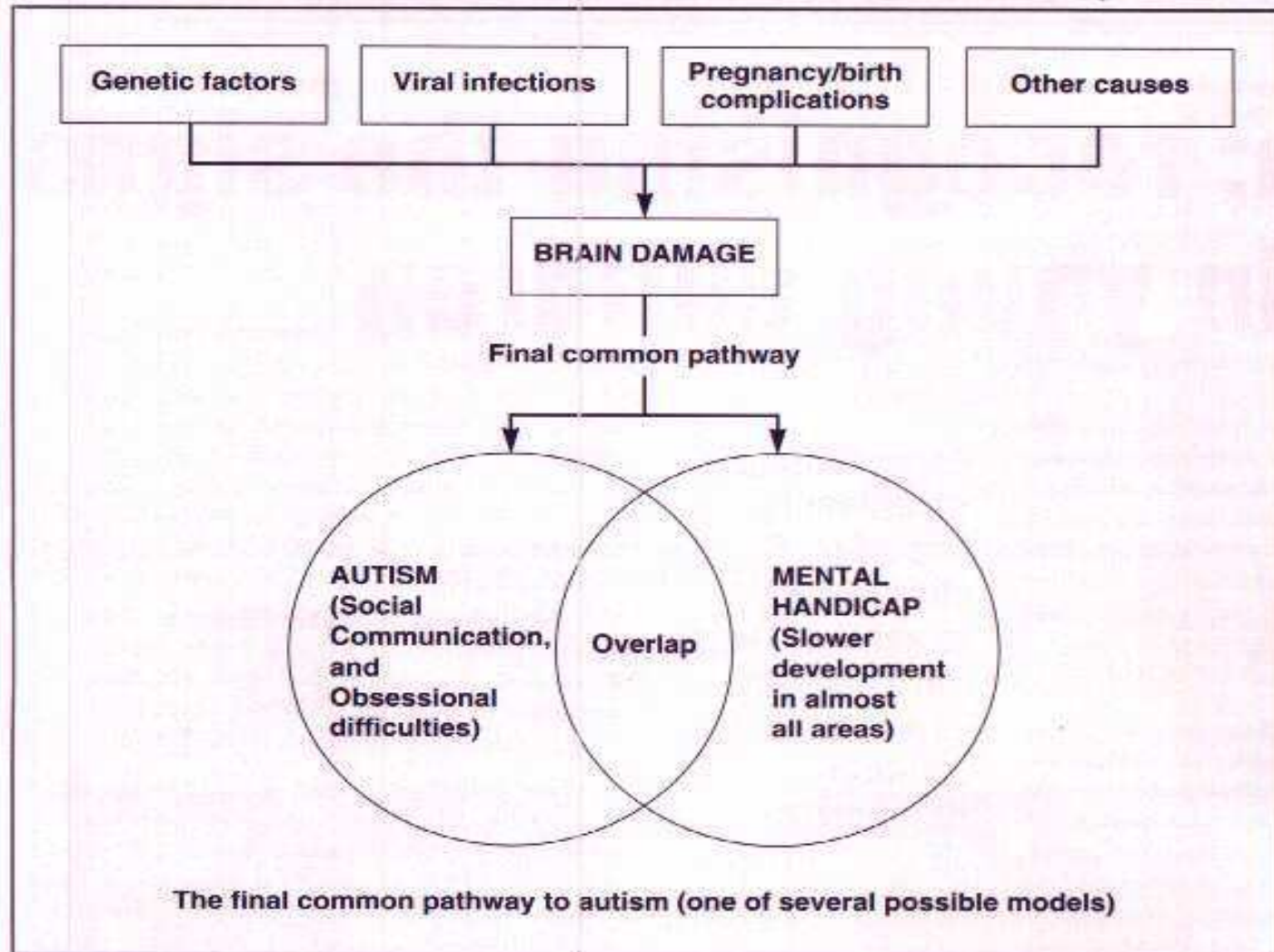
Consensus : nature neurodéveloppementale des troubles du spectre autistique

- Très nombreuses formes incomplètes
- Troubles associés très fréquents :
 - Troubles psychiatriques : 30 à 75 % selon les études
 - Troubles de l'humeur, troubles anxieux, troubles schizophréniques
 - Retard mental : 20 à 40 % selon les études
 - Épilepsie : 20 à 25%
 - Troubles du sommeil : 50 à 85%
 - Difficultés endormissement, durée du sommeil courte
- **Maladies génétiques associées = formes sévères**
- **Anomalies chromosomiques**
- **Anomalies géniques**

Pas de guérison

L'autisme : un modèle multifactoriel

Figure: The final common pathway to autism (one of several possible models). Reproduced from "Autism: The Facts" by S Baron-Cohen and P Bolton^o, by permission of the publishers, Oxford University Press.

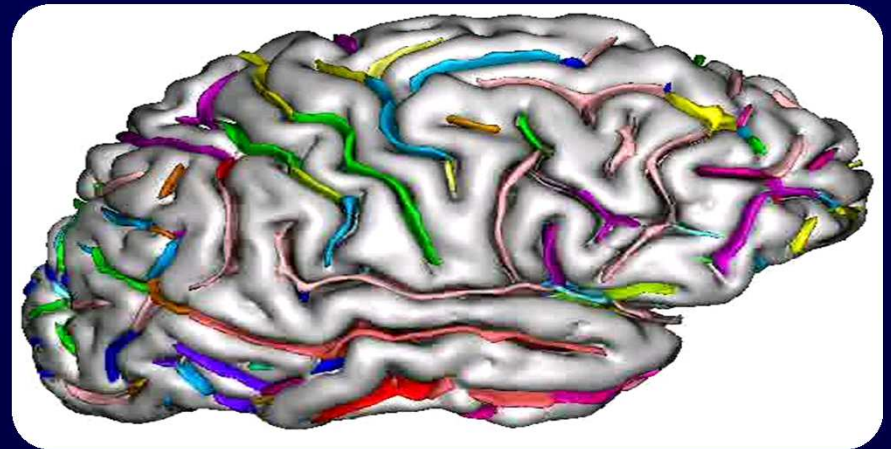
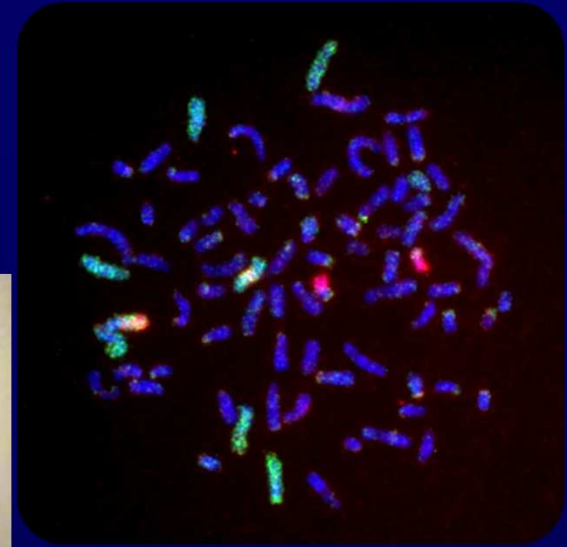


Importance de la recherche biologique et clinique

Développement de programmes
de diagnostic très précoce

Développement de programmes
d'intervention précoce

Développement de stratégies
thérapeutiques



Quelques chiffres

- **1 enfant sur 150, soit 6 à 7 pour 1000**
 - Plus fréquent que par le passé :
 - Modifications des critères diagnostiques
 - Mais peut-être aussi réelle augmentation
 - **4 garçons pour 1 fille pour tous les troubles autistiques :**
 - Mais 2 garçons pour 1 fille lorsqu'il y a un retard mental associé
 - Et 6 garçons pour 1 fille dans les autismes de haut niveau (Asperger)

Entre 0-6 mois

- Impression 'd'anormalité'
- Bébé trop calme ou excité
- Indifférence au monde sonore
- Regard anormal, strabisme
- Anomalies du tonus (défaut d'ajustement)
- Absence ou rareté du sourire
- Troubles sommeil et alimentation fréquents

Entre 6-12 mois

- Réaction paradoxale aux bruits
- Activités solitaires (balancements ou autres stéréotypies)
- Absence d'intérêt pour les personnes (défaut du contact, peu ou pas d'émissions vocales)
- Pas d'imitation (communication gestuelle)
- Hypo ou hypertonie (hypo actif ou hyperexcitable)
- Peu de réaction à la séparation

Entre 1-2 ans

- Absence de langage (ou arrêt après premiers mots)
- Retard d'autres acquisitions
- Pauvreté des jeux
- Absence d'imitation
- Intérêts particuliers (lumières, objets qui tournent)
- Stéréotypies motrices
- Parfois automutilations, fluctuations émotionnelles spontanées

Formes régressives

- Développement pseudo « harmonieux »
- Régression des acquis entre 12 et 24 mois
- Régression : 15.6%-27% des TSA selon les études
- En général régression mixte : langage et socialisation, mais parfois régression d'un des acquis développementaux
- Parfois pseudo-régression : notion de plateau développemental

Devenir à l'âge adulte

- Amélioration des symptômes lors du passage à l'âge adulte dans 50 % des cas (langage et comportement)
- Mais les troubles des interactions sociales sont les plus persistants
- 50 à 75% sont dépendants
- Mais plus de 50 % travaillent à temps partiel
- 20% ont un travail rémunéré
- Espérance de vie réduite, surtout si retard mental associé ou épilepsie
- Handicap psychique masque souvent des symptômes d'urgence vitale

Chez l'enfant scolarisé

Troubles des interactions sociales, difficultés à :

- Comprendre la pensée des autres
- Décoder les expressions et les émotions
- Ajuster le contact oculaire
- Entrer dans des jeux avec ses pairs et à comprendre les règles de jeux
- Comprendre les codes sociaux

Troubles des interactions sociales, conséquences

- Respect des règles acquises
- Ne ment pas, ne triche pas
- Dis tout ce qu'il pense
- Insuffisance de sens critique, manipulable
- Manque d'attention conjointe, de partage des intérêts d'autrui, d'empathie



Rejeté par les autres

Troubles des interactions sociales, aménagements

- Présenter la situation aux autres élèves
- Rechercher, avec ses camarades, les façons d'entrer en contact
- Expliciter de façon imagée les codes sociaux : photos, images, pictogrammes
- Lui montrer les contacts physiques appropriés, pour manifester sa sympathie par ex
- Expliciter les règles de jeux, y compris attendre son tour

Troubles de la communication

- **Langage oral** : Absent ou d'apparition tardive, ou non fonctionnel, ou non spontané
- **Autres moyens de communication** (regard, mimique, gestes, pointage) : absents ou faiblement utilisés

Communication verbale

- Langage oral : vecteur principal de la communication
- Suppose :
 - Une compétence linguistique : maîtrise d'un code phonologique, lexical et syntaxique
 - Une compétence pragmatique : contexte, règles conversationnelles
 - Des habiletés cognitives : traiter l'information, intégrer plusieurs informations, comprendre la perspective d'autrui

Troubles de la communication, conséquences

- Incapacité à se faire comprendre des autres
- Pas d'initiative dans la conversation
- Écholalies, usage stéréotypé et répétitif du langage
- Néologismes
- Inversion pronominale (« tu » au lieu de « je »)

Troubles de la communication, aménagements

- Utiliser des images (souvent très bonne capacité de mémoire visuelle)
- Accepter que l'élève ne regarde pas l'interlocuteur lorsqu'on lui parle
- De façon générale, relayer le travail de rééducation mis en place (communication non verbale)

Troubles cognitifs

- Rigidité mentale
- Difficultés de conceptualisation
- Limitation des élaborations imaginaires
- Difficulté à planifier
- Apparition tardive des jeux de « faire semblant »
- Difficulté d'accès au symbolique (humour, métaphores, double sens)
- Intérêt particulier pour les détails

Troubles cognitifs, conséquences

- Tendance à la ritualisation
- Peu de prise d'initiative
- Temps de latence pour compréhension de consignes
- Difficulté de généralisation : ne garde pas les connaissances en dehors du lieu ou du contexte de leur acquisition
- Incapacité à demander de l'aide
- « Idées fixes » (ex dates) : experts dans un domaine

Troubles cognitifs, aménagements

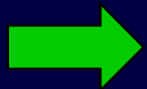
- Eviter l'implicite, l'humour, le double sens, les métaphores
- Donner des outils d'organisation (ex timer, check lists...)
- Donner une consigne à la fois, séquencer les tâches
- Préparer à toute nouveauté dans l'EDT (supports visuels)
- Faire varier les matériels, les lieux et les moments des apprentissages

Particularités sensorielles

- Hypersensibilité aux stimuli visuels et sonores :
 - Adapter l'environnement (éviter lumières fortes, bruits...)
- Troubles du contact
 - Tenir compte des informations données par les familles

Troubles du comportement

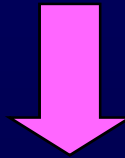
- Intérêts restreints
- Objets fétiches
- Intérêts particuliers pour des objets (boutons, bouchons...)
- Mouvements stéréotypés (balancements, flapping)
- Agressions sur soi (automutilation) ou sur les autres



Identifier les causes possibles afin de les limiter et les gérer au mieux, lien avec familles et soignants

Plan autisme 2008-2010

Janvier 2010 : dossier de la Haute autorité de santé (HAS) : Autisme et autres TED : Etat des connaissances



Mars 2012 : Recommandations de bonnes pratiques (HAS et ANESM)

- **Mieux connaître pour mieux former :**
 - Circulaire interministérielle du 8 avril 2011 :
Formation de formateurs par les ARS et les centres ressource autisme : 26 pour l'Ile de France (médecins, orthophonistes, infirmiers, éducateurs, IEN ASH, conseillers pédagogiques)
- **Mieux repérer pour mieux accompagner :**
Importance d'un diagnostic précoce, suivi d'une prise en charge :
 - avant 4 ans
 - ou dans les 3 mois suivant le diagnostic

Un diagnostic précoce, pourquoi ?

- Possibilités importantes d'organisation neuronale (plasticité) qui autorisent, durant la période de la petite enfance, un enrichissement considérable des acquisitions et des savoir-faire
- Précocité de la mise en place des comportements moteurs, des fonctions mentales, du comportement social
- L'expérience de l'enfant agit en retour sur la consolidation et la formation de nouveaux circuits favorisant les apprentissages

Précocité de l'intervention : Pourquoi?

Impact négatif du délai d'attente pour la mise en place de l'accompagnement :

Absence d'outil de communication



Troubles du comportement : stratégie alternative délétère évolutive

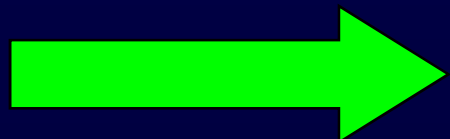
Manifestations comportementales

- Intolérance à la frustration
- Colères
- Automutilations
- Hétéro agressivité

Majoration des troubles au cours du temps

Impact des troubles du comportement

- Danger pour l'enfant
- Danger pour l'équilibre familial
- Difficultés d'intégration sociale (école , structures adaptées....)
- Difficultés d'apprentissage (rééducations..)



MAJORATION DU HANDICAP

- Associer la famille au projet personnalisé d'interventions (famille élargie, fratrie ++)
- Evaluer régulièrement (équipes pluricatégorielles) tous les domaines : état de santé, sensoriel, moteur, dentaire, autonomie, langage, acquis scolaires, environnement familial...

Interventions personnalisées globales coordonnées

Précoces, entre 18 mois et 4 ans, comprenant :

- Interventions éducatives validées par la Haute autorité de santé :

- Approche comportementale (ABA) *applied behavioral analysis*
- Approche développementale (de Denver ou TEACCH : traitement et éducation pour enfants avec autisme ou handicap de la communication)

- Orthophonie, 2 à 4 fois par semaine :

- Langage oral
- Outils de communication alternative (pictogrammes...)

Cohérence et continuité

Programmes d'intervention globale à référence comportementale

Méthode ABA : analyse appliquée du comportement

Principes :

- Analyser les comportements
- Comprendre comment l'environnement les influence
- Développer des stratégies pour les changer

Comment : renforcements positifs :

Réponse adaptée → récompense

Réponse inadaptée → ignorée

Interventions développementales programme TEACCH

- Evaluation détaillée pour identifier les capacités émergentes
- Utilisation des intérêts et des motivations de l'enfant pour enseigner les façons de communiquer (photos, images, symboles, mots)
- Environnement d'apprentissage structuré

Expérimental : Prises en charge intégratives

- Au sein d'équipes spécialisées
- Interventions personnalisées, s'adaptant au milieu de vie de l'enfant
- Mode de communication et d'interactions commun en tout lieu et par tous les professionnels
- En particulier : la thérapie d'échanges et de développement, en cours d'expérimentation dans plusieurs centres hospitaliers (CHU Tours)

Orthophonie

- Langage oral : vecteur principal de la communication
- Communication non verbale : Mimiques, Gestes, Postures, Regard, Symboles
- Evaluation par orthophoniste :
 - Entretien avec les parents
 - Observation de la communication et des situations interactives : ECSP, ADOS
 - Evaluations des modalités de communication non verbales
 - Evaluations des modalités réceptives et expressives : Gestes, supports picturaux

Communication alternative, en l'absence de langage

Communication augmentée, si langage inadapté

- Communication par la langue des signes
- Communication par images
- Communication par pictogrammes

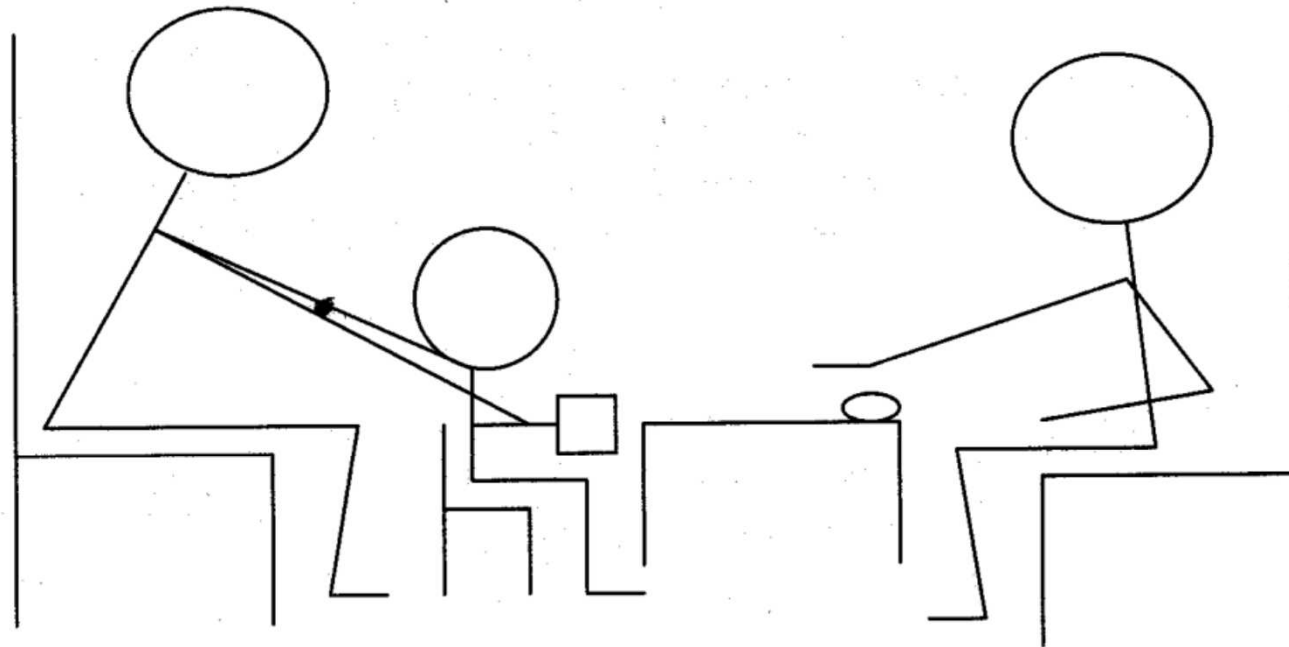
Le PECS

(Picture Exchange Communication System)

- Système de communication par échanges d'images
- Agit sur :
 - La communication
 - La relation sociale
- Objets motivants, fortement désirés
- S'intègre dans les stratégies éducatives comportementales

PECS : Cadre d'apprentissage

Un intervenant se place derrière l'enfant pour le guider physiquement.
L'interlocuteur est en face de lui pour recevoir l'image.
L'objet préféré est légèrement hors de portée de l'enfant.

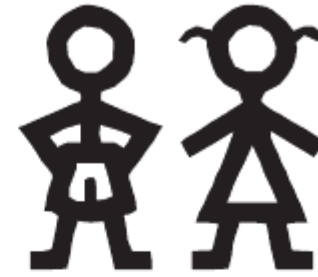


Le MAKATON

- Mis au point initialement pour les sourds
- Programme de communication et de langage complet et structuré :
 - Pour développer une communication de base
 - Pour développer la structure du langage oral et écrit :
 - Vocabulaire de base, 350 concepts en 8 niveaux
 - Accompagné de signes (issus de la LSF) et de pictogrammes



CHAMBRE



ENFANTS



CHAMBRE



PAPA



MAMAN



S'HABILLER



SE DESHABILLER



MANGER



BOIRE

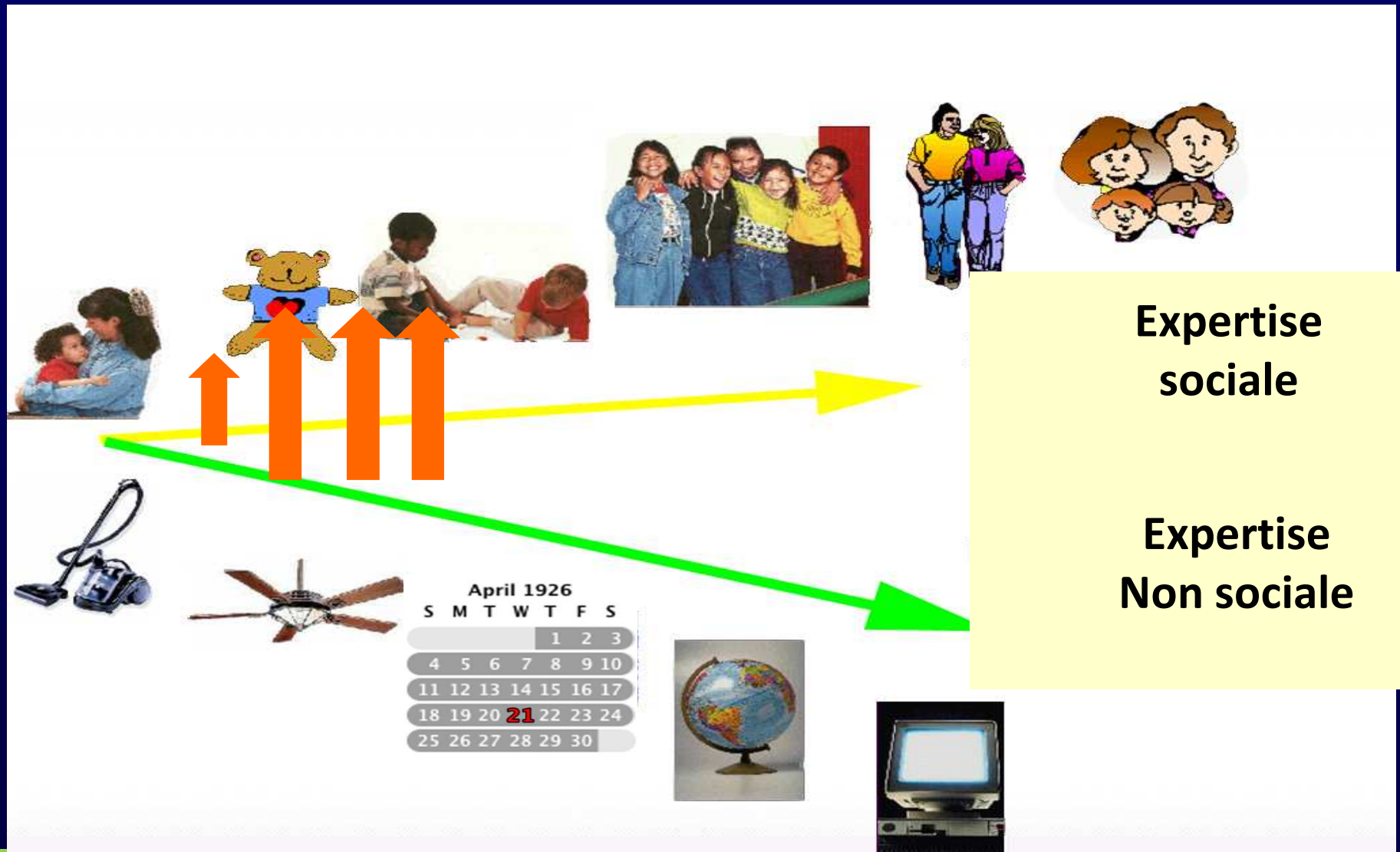
Cet après-midi, Papa et moi marchons sous la pluie.



J'aime bien la pluie.



Modifier la trajectoire...



Recommandations dans le domaine de la scolarité

- Scolarisation effective, en milieu ordinaire ou adapté en secteur médico-social ou sanitaire
- Milieu ordinaire à privilégier si :
 - Développement intellectuel moyen ou bon
 - Symptômes d'intensité modérée
 - Langage fonctionnel
- Augmentation progressive du temps de scolarisation pour atteindre un temps complet
- Accompagnement ou tutorat par un AVSi formé ou un professionnel suivant l'enfant au sein d'une structure médico-sociale ou sanitaire, y compris lors de stages de formation professionnelle