

## Développement de l'enfant avec autisme et prise en charge cognitivo-comportementale

Mélanie Licata, Nelly Coroir, Martine Bouvard<sup>1</sup>

Aujourd'hui encore, l'image la plus utilisée pour décrire l'autisme est celle d'un enfant « enfermé dans sa bulle » et se balançant d'avant en arrière. Les études psychologiques et physiologiques ont montré que les enfants avec autisme ne vivent pas dans un monde intérieur captivant ; ils souffrent d'anomalies biologiques qui appauvrissent leur monde interne, mais qui, heureusement, ne nous empêchent pas d'établir avec eux une relation affective (Frith, 1995). L'autisme fait partie des troubles envahissants du développement qui regroupent un ensemble de troubles neuro-développementaux affectant le développement de l'enfant, notamment sur les plans cognitif, social, affectif, intellectuel, sensoriel et au niveau du langage. Ce trouble est présent dès la naissance et entrave la personne au cours de son développement. Nous pouvons améliorer la vie des enfants avec autisme, tout comme celle des enfants présentant d'autres handicaps (cécité, handicap moteur, ...). Il est effectivement très important de pouvoir comprendre la nature de leur handicap et leur mode de fonctionnement. De nombreuses études ont permis de développer nos connaissances sur les particularités des enfants avec autisme, leurs déficits et leurs points forts. Ainsi, se sont développés petit à petit différents types de prise en charge prenant progressivement en considération leurs particularités. L'objectif même de ces prises en charge est de permettre aux enfants d'accéder à un maximum d'apprentissages, d'avoir à disposition des outils adaptés à leurs difficultés et leur permettre une vie meilleure.

La présente étude s'est inspirée d'un article de Rogé et Magerotte (2004) « *Intervention précoce en autisme : un défi pour les praticiens* » qui a souligné l'intérêt de plusieurs modalités de prise en charge comme déterminantes, pour l'efficacité d'une intervention auprès de jeunes enfants : la précocité, l'intensité, la collaboration avec les parents, la généralisation et l'individualisation. Ce travail de recherche va donc tenter d'établir une relation entre ces modalités et la progression des enfants en termes de développement.

### Problématique et hypothèses

On considère que l'efficacité de la prise en charge d'un enfant avec autisme ou troubles apparentés, donc la progression en âge de développement, est, entre autres, liée au niveau de base de l'enfant, aux différentes prises en charge et leurs modalités, et au niveau d'investissement des parents vis-à-vis de cette intervention.

**Mots clés :** autisme, développement, niveau de base, thérapie cognitivo-comportementale, investissement parental

Ces trois points feront l'objet d'hypothèses distinctes :

- *Quand un enfant bénéficie d'une prise en charge intensive et adaptée, il sera plus enclin à faire des progrès développementaux.* Seraient pris en compte l'intensité et le type de prise en charge, ainsi que l'intégration en milieu ordinaire, pour évaluer les progrès de l'enfant.
- *Plus un enfant a un niveau de base élevé et plus il fera des progrès en termes de développement.* De cette hypothèse il en découlera trois variables pouvant influencer les résultats : le quotient de développement au moment de la première évaluation, son âge réel au même moment et le diagnostic qui lui a été attribué.
- *Des enfants dont les parents s'investissent dans leur prise en charge auront une progression plus significative.* Il s'agira de l'intensité de travail à la maison, l'analyse lexicale et la présence ou non de renforcement seront pris comme témoins.

### Méthodologie

La population est composée de 18 enfants âgés de 3 ans et demi à 13 ans : 10 bénéficiant d'une prise en charge cognitivo-comportementale à domicile et 8 admis en établissement avec une prise en charge dite « classique ». Tous les enfants ont un diagnostic d'autisme ou de trouble envahissant du développement avec traits autistiques

<sup>1</sup>Université Pierre Mendès France Grenoble II - Université de Savoie Chambéry, Contact : Mélanie Licata, licatamelanie@free.fr

établi par des centres agréés pour le dépistage et le diagnostic de l'autisme.

Les enfants ont été évalués à partir de tests standardisés permettant de mettre en évidence leur âge de développement (PEP-R, K-ABC, WISC). Ainsi l'âge de développement permet de comparer plus facilement les enfants, quel que soit le test utilisé. De plus, l'âge de développement a été choisi du fait qu'il ne prend pas en compte, contrairement au quotient de développement, l'âge réel de l'enfant. Ainsi nous avons un âge de développement avant la prise en charge (temps 1), un second à un temps 2 et une progression entre le temps 1 et 2 (en nombre de mois par an).

Puis un entretien semi-directif a été élaboré, à destination des parents, à partir de caractéristiques estimées comme pouvant intervenir dans la progression des enfants avec autisme. De ce fait, le niveau de base de l'enfant, le type et les modalités de la prise en charge, et l'investissement parental entre ces deux temps ont été évalués. Différents indices représentant ces variables ont permis de les comparer à la progression des enfants en un an. A partir de cet entretien, il a été rajouté une « analyse du discours » afin d'évaluer l'investissement parental, plus particulièrement l'adhésion, la compréhension et la mise en œuvre par les parents du travail cognitivo-comportemental.

## *Résultats et discussion*

### **Prise en charge**

Dans cette recherche, le développement des enfants recrutés était comparé à deux types de prise en charge. Le fait d'être pris en charge à domicile avec des thérapies d'orientation cognitivo-comportementale a permis aux enfants de progresser davantage (15 mois par an) que le groupe admis en établissement (2 mois par an). La méthodologie cognitivo-comportementale a permis aux enfants avec autisme d'avoir accès à des apprentissages adaptés à leur niveau, et ainsi à des outils et des méthodes pour accéder à un maximum d'apprentissages. Tout un programme est mis en place tenant compte du niveau de l'enfant au moment de l'évaluation, avec pour objectif à plus ou moins long terme d'acquérir les mêmes compétences qu'un enfant ordinaire du même âge.

L'intensité de la prise en charge des enfants avec autisme fait l'objet d'un certain nombre de recherches. Celles-ci ont toutes donné des informations contradictoires quant au nombre d'heures minimum de prise en charge pour que l'enfant accède à un maximum d'apprentissages. Par ailleurs, elles évaluent la mise en place exclusive d'un type de prise en charge. Dans cette recherche, les prises en charge sont multiples. Il a été question de prendre en compte tous les intervenants auxquels l'enfant peut être confronté, allant de l'éducatif à la kinésithérapie. Plus un enfant bénéficie d'une prise en charge pluridisciplinaire intensive, plus il a accès à des apprentissages, et donc une progression en âge de développement ( $r = .8$ ).

L'école est aussi un lieu susceptible de permettre à l'enfant de généraliser ses acquis sous une autre forme, avec l'aide d'une autre personne et dans un autre lieu dans lequel certaines perturbations extérieures peuvent exister. Le temps de scolarisation ne constitue pas un apport pour les enfants ayant participé à cette recherche pour un meilleur développement, même lorsqu'on ne prend en compte que les enfants pris en charge à domicile. Si on l'associe avec le temps de prise en charge extérieure, nous voyons que face à ces deux prises en charge simultanées l'enfant aura tendance à faire plus de progrès. Ceci se justifie par le fait que les enfants sont préparés à la scolarisation avec les professionnels extérieurs et qu'ils sont plus aptes à prendre les informations proposées à l'école.

### **Niveau de l'enfant**

Les enfants ayant participé à cette recherche ont tous des âges différents. Mais nous constatons que leur âge de développement est similaire dans les deux groupes (environ 22 mois) : TCC à domicile et prise en charge en établissement. On peut donc dire qu'indépendamment de leur âge réel, ils sont comparables en âge de développement. Nous constatons qu'à la deuxième évaluation, l'écart se creuse entre les enfants pris en charge à domicile avec une base cognitivo-comportementale (61.7 mois) et ceux admis en établissement (25.4 mois). Ce qui signifie qu'à âges de développement similaires, les enfants n'évolueraient pas de la même manière selon le type de prise en charge et selon l'intensité.

Lorsque nous regardons le niveau des enfants (quotient de développement) avant la prise en charge, il apparaît qu'ils progressent d'autant plus quand leur quotient de développement de départ est élevé, et ce, quel que soit la prise en charge ( $r = .64$ ). Cela peut se traduire par le fait qu'ils ont plus facilement accès aux apprentissages proposés, en raison de leur développement moins déficitaire.

En ce qui concerne le diagnostic qui a été émis par les centres agréés pour le dépistage et le diagnostic de l'autisme, celui-ci n'a pas permis de prédire significativement la progression des enfants. Cependant, les enfants ayant été diagnostiqués comme ayant de l'autisme léger et modéré ont montré une évolution plus satisfaisante que ceux ayant des troubles envahissants du développement et un autisme sévère, cela concerne aussi bien les enfants pris en charge en thérapies cognitivo-comportementales que les enfants admis en établissement.

### **La collaboration avec les parents**

Dans la prise en charge des enfants avec autisme, les parents ont un très grand rôle à jouer et nous savons qu'un investissement parental est très favorable à la progression de leur enfant. Dans les thérapies cognitivo-comportementales, les parents sont considérés comme des collaborateurs, et sans eux, la prise en charge s'avère difficile. Cette collaboration a d'abord été mesurée à partir du nombre d'heures hebdomadaires durant lesquelles les

parents font travailler leur enfant. Un lien a été trouvé avec la progression des enfants. Plus un enfant travaille à domicile avec ses parents, plus il fera de progrès ( $r = .81$ ). En effet, en faisant travailler leur enfant à la maison, cela lui permet de répéter très régulièrement les concepts et apprentissages, et ainsi il pourra les acquérir plus rapidement.

L'analyse du discours devait nous permettre de voir si l'utilisation variée de mots d'orientation cognitivo-comportementale pouvait être prédicteur d'un investissement parental. Il a été constaté que plus les parents utilisent ce type de vocabulaire, plus l'enfant a fait des progrès ( $r = .84$ ). Cela signifie probablement que quand les parents l'utilisent spontanément dans une discussion, il s'agit de mots complètement acquis, utilisés dans leur quotidien et les guidant dans leur intervention.

## Conclusion

L'objectif initial de cette recherche était de mettre en évidence les conditions favorables à la prise en charge des enfants avec autisme pour qu'ils profitent au maximum des apprentissages qui leur sont proposés et ainsi progresser en termes de développement. Nous savons aujourd'hui que les enfants avec autisme ont de réelles capacités d'apprentissage qui ne doivent plus être négligées, mais utilisées pour leur permettre une meilleure intégration sociale et une meilleure qualité de vie. Le champ des prises en charge des enfants avec autisme est tellement vaste qu'il est difficile pour des parents de choisir ce qui sera le mieux pour leur enfant.

Grâce à cette étude, nous avons pu aborder les différentes modalités pouvant intervenir dans une prise en charge de qualité. Nous avons mis en évidence que le niveau de l'enfant au début de la prise en charge est prédicteur des progrès engendrés. Le type de prise en charge est aussi important, car effectivement un enfant pris en charge intensément sera plus apte à faire de rapides progrès en termes de développement. La prise en charge cognitivo-comportementale peut, en effet, être susceptible de plus de progrès lorsqu'elle suit un certain nombre de conditions, telles que la précocité, la généralisation... Et enfin, le fait que les parents s'investissent dans la prise en charge des enfants est aussi favorable à un meilleur développement. Les différentes qualités mises en évidence par B. Rogé et G. Magerotte (2004) ont été confirmées à travers cette étude. Il serait intéressant d'élargir cette recherche en prenant en compte les différentes critiques émises et en suivant les améliorations proposées.

Nous pouvons maintenant conclure avec cette citation d'une maman ayant participé à la recherche : « *La seule chose que je n'ai pas appris à mon enfant c'est à respirer...* »

## Bibliographie

- Adrien, J.L., (2004). *L'autisme du jeune enfant : Développement psychologique et régulation de l'activité*, Elsevier.
- Anderson, S.R., Avery, D.L., DiPietro, E.K., Edwards, G.L., Christian, W.P., (1987). Intensive home-based early intervention with autistic children. *Education and Treatment of children*, 10, (4), 352-366.
- Baghdadli, A. et col., (2005). *Recommandations pour la pratique professionnelle du diagnostic de l'autisme*. Fédération française de psychiatrie.
- Baron-Cohen, S., Allen, J., Gillberg, C., (1992). Can autism be detected at 18 months? The needle, the haystack and the CHAT. *British Journal of Psychiatry*, 161, 839-843.
- Barthélémy, C., Hameury, L., Lelord, G. (1994). *L'autisme de l'enfant. La thérapie d'échange et de développement*, Paris, Expansion Scientifique Française.
- Boucher, E., Brethière, M., Fournet, N. (2006). Autisme et retard mental : Etude comparative des déficits neuropsychologiques exécutifs et comportementaux. *Revue Francophone de Clinique Comportementale et Cognitive*, XI, (4), 3-16.
- Corsello, C.M. (2005). Early intervention in autism. *Infant and young children*, 18, (2), 74-85.
- Fenske, E.C., Zalenski, S., Krantz, P.J., McClannahan, L.E. (1985). Age at Intervention and Treatment outcome for Autistic Children in a Comprehensive Intervention Program. *Analysis and Intervention in Developmental Disabilities*, 5, 49-58.
- Fombonne, E. et De Giacomo, A. (2000). La reconnaissance des signes d'autisme par les parents. *Devenir*, 12, (3), 49-64.
- Fombonne, E. (1999). The epidemiology of autism : a review. *Psychological Medicine*, 29 (4), 769-786.
- Forget, J., Schuessier, K., Paquet, A., Giroud, N. (2005). Analyse appliquée du comportement et intervention comportementale intensive. *Revue Québécoise de Psychologie*, 26, (3), 29-42.
- Frith, U. (1995). L'autisme. *Pour la science*, N°217.
- Frith, U., Happe F. (1994). Autism : beyond « theory of mind », *Cognition*, 50, 115-132.
- Frith, U. (1989). *L'énigme de l'autisme*, Paris : Editions Odile Jacob.
- Golse, B. et Delion, P. (2006). *Autisme : état des lieux et horizons*, Editions Erès.
- Greenspan, S.I., Wieder, S. (1999). A functional Developmental Approach to Autistic Spectrum Disorders. *The Journal of the Association for Persons with Severe Handicaps*, 24, (3), 147-161.
- Gressens, P. (2001). La plasticité du cerveau en développement. *Bulletin scientifique de l'arapi*, 7, 8.
- Kaufman, A.S. et Kaufman N.L. (1993). *Batterie pour l'examen psychologique de l'enfant (K-ABC)*, ECPA.
- Leaf, R., McEachin, J. (2006) *Autisme et ABA : une pédagogie du progrès*, Paris : Pearson Education France.
- Luiselli, J.K., O'Malley Cannon, B., Ellis, J.T., Sisson, R.W. (2000). Home-based behavioral intervention for young children with autism/pervasive developmental disorder. *Autism, The International Journal of Research and Practice*, 4, (4), 426-438.
- Lovaas, O. (1987). Behavioral Treatment and Normal Educational and Intellectual Functioning in Young Autistic Children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, (1), 3-9.



- Magerotte, G. (2001). Modalités de l'intervention précoce en autisme. *Bulletin scientifique de l'arapi*, 7, 39-42.
- Magerotte, G. (2001). Intervention précoce et qualité de vie de la famille dans le cas d'autisme. *Enfance*, 1, 31-39.
- Magerotte, G. (2001). L'Applied Behavior Analysis : L'analyse appliquée du comportement en intervention précoce en autisme. *ANAE Hors-série*, 2, 20-23.
- Magerotte, G. et Rogé, B. (2004). Intervention précoce en autisme : un défi pour les praticiens. *L'évolution psychiatrique*, 69, 579-588.
- Maurice, C. (2006). *Intervention comportementale auprès des jeunes enfants autistes*. De Boeck.
- Mercier, C., Cusson N. (2005). Le traitement précoce de l'autisme : l'intensité de l'intervention seule en cause ? *Revue Québécoise de Psychologie*, 26, (3), 13-28
- Mottron, L. (2004). *L'autisme : une autre intelligence*. Liège : Editions Mardaga.
- Peeters, T. (2005). *L'autisme : de la compréhension à l'intervention*. Paris : Dunod.
- Poirier, N., Paquet, A., Giroux, N., Forget, J. (2005). L'inclusion scolaire des enfants autistes. *Revue de Psychoéducation*, 34, (2), 265-286.
- Rivière, V. et Darcheville, J.C. (2005). Analyse du comportement appliqué à l'intégration scolaire d'enfants avec autisme. *ANAE*, 83-84, 232-239.
- Rogé, B. (2004). *Autisme, comprendre et agir*. Paris : Dunod.
- Rogé, B. (2001). Le diagnostic précoce de l'autisme : données actuelles. *Devenir*, 1, 21-30
- Rogé, B., Magerotte, G., Fremolle-Kruck, J. (2001). Les enjeux de l'intervention précoce en autisme. *Rééducation orthophonique*, 207, 101-107.
- Rogers, S.J. (1996). Brief report : early intervention in autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 26, (2), 243-246.
- Sallows, G.O., Graupner, T.D. (1999). Replicating Lovaas' Treatment and findings : preliminary results, [www.wiautism.com](http://www.wiautism.com)
- Schopler, E. (2001). Un programme d'Etat pour le traitement et l'éducation des enfants atteints d'autisme et de troubles associés de la communication (TEACCH). *ANAE Hors-série*, 2, 12-19.
- Schopler, E. (1994). *Profil psycho-éducatif PEP-R*, De Boeck.
- Schopler, E., Brehm, S., Kinsbourne, M., Reichler, R.J. (1971). The effect of treatment structure on development in autistic children. *Archives of General Psychiatry*, 24, 415-421.
- Sheinkopf, S.J., Siegel, B. (1998). Home-Based Behavioral Treatment of Young Children with Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 28, (1), 15-24.
- Sigman, M. et Capps, L. (2001). *L'enfant autiste et son développement*. Paris : Editions Retz.
- Smith, T., Groen, A.D., Wynn, J.W. (2000). Randomized Trial of Intensive Early Intervention for Children With Pervasive Developmental Disorder. *American Journal on Mental Retardation*, 105, (4), 269-285.
- Sponheim, E. et Skjeldal, O. (1998) Autism and related disorders : epidemiological findings in Norwegian study. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 28 (3), 217-27.
- Strain, P.S., Hoyson, M., Jamieson, B.J. (1985). Normally Developing Preschoolers as Intervention Agents for Autistic-Like Children. *Journal of the Division for Early Childhood*, 9, 105-115.
- Volkmar, F. et coll. (1994) Field Trial for Autistic Disorder in DSM-IV. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1361-1367.
- Wechsler, D. (1996). *Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence troisième version*, ECPA.