

# LIVRET D'APPLICATION

TABLEAUX D'APPLICATION DES PRATIQUES INTEGRATIVES

## TABLEAUX D'APPLICATION DES PRATIQUES INTEGRATIVES

<b>Tableau 1. Activités et ateliers liés au domaine éducatif (autonomie proximale)</b>			
<b>CONTEXTE GÉNÉRAL</b>			
<b>Domaines-Dimensions / Description</b>	<b>Hypothèses de fonctionnement / Cible</b>	<b>Principes thérapeutiques</b>	<b>Activités-Ateliers</b>
<p>Altérations dans l'ensemble des actes de la vie quotidienne tels que s'alimenter, prendre soin de soi par la toilette, l'habillage, le déshabillage, la propreté sphinctérienne.</p>	<p>L'éducation favorise l'autonomie de l'individu pour l'amener vers une vie plus sociale.</p> <p>Les apprentissages du quotidien, en relation avec ses parents, contribuent au développement affectif et cognitif de chaque enfant.</p> <p>Tout enfant se construit en imitant l'autre. Distinction entre l'imitation d'actions concrètes et l'imitation d'actions symboliques.</p> <p><i>Dans les TSA :</i></p> <p>Déficit d'autonomie proximale et sociale.</p> <p>Dysfonctionnement fréquent dans les imitations qui restent très sélectives et fragmentaires et peuvent s'évanouir dès que le schème se modifie.</p> <p>L'enfant n'envisage pas simultanément les séquences de pensées, d'actions, le passage de l'un à l'autre et ne prend pas en compte les émotions.</p> <p>Les particularités sensorielles influencent son autonomie. Le besoin d'immuabilité et la rigidité dans les processus cognitifs agissent souvent comme des freins à la disponibilité d'apprendre ce qui vient de l'autre.</p>	<p><i>En lien avec les parents.</i></p> <p>Mise en œuvre des moyens adaptés au niveau développemental, aux capacités émotionnelles et attentionnelles de l'enfant, dans un cadre suffisamment sécurisant, prévisible et motivant. Parfois, dans un 1<sup>er</sup> temps, nécessité d'utiliser les centres d'intérêts excessifs voire exclusifs de l'enfant.</p> <p>Simplifier les tâches et les consignes verbales, structurer l'espace et le temps.</p> <p>Constituer une boîte riche d'outils en s'appuyant sur des approches différentes. Les articuler dans des interventions adaptées et réalisées par des intervenants qui ont une relation de confiance avec lui.</p> <p>Suivant l'âge et la problématique utilisation possible des méthodes : ABA, ESDM, TEACCH.</p>	<p>Activités pour permettre à l'enfant d'établir une relation de confiance avec l'adulte référent, construction de la fiabilité du cadre par des activités de base.</p> <p>Utilisation du quotidien pour faciliter la généralisation.</p>

**PROPOSITIONS D' INTERVENTIONS SPÉCIFIQUES**

Domaines-Dimensions / Description	Hypothèses de fonctionnement / Cible	Principes thérapeutiques	Activités-Ateliers
<p><b>L'alimentation</b></p> <p>Comportements physiques divers : sélection des aliments, reniflement et vomissements.</p> <p>Refus sélectifs.</p> <p>Dégoûts, ingestion sans mastication.</p>	<p>Troubles souvent repérés dès le plus jeune âge.</p> <p>Ils sont le reflet de la difficulté de l'enfant autiste dans la relation et l'acceptation de la nouveauté. Ils participent des particularités sensorielles et plus spécifiquement des troubles de l'oralité.</p> <p>La mise en place du sentiment continu d'exister reste problématique en raison de la difficulté à différencier ce qui lui est propre et ce qui vient de l'extérieur.</p> <p>Il résiste aux modifications alimentaires. Est très sélectif tant au niveau de la constitution de l'aliment (texture, couleur) que de sa présentation (disposition dans l'assiette, emballage).</p> <p>Rituels nombreux.</p> <p>Conséquences multiples jusqu'au retard de croissance staturo-pondéral.</p> <p><b>Cible</b> : oralité.</p>	<p>Travail codifié sur l'oralité par une approche progressive.</p> <p>Approche sensorielle de la sphère buccale.</p>	<p>Activités quotidiennes, repas, mettre le couvert, jeu de dînette, cuisine et repas thérapeutique. <b>E1</b></p> <p>Orthophonie avec approche spécifique sur l'oralité. <b>O1</b></p>
<p><b>Habillage – déshabillage</b></p> <p>Refus de certains habits, choix inadaptés à la température.</p> <p>Difficulté d'habillage.</p>	<p>Refus de certains vêtements comme les chaussures/chaussettes, ou au contraire l'enfant demande à les serrer contre le corps. Insensibilité aux changements de température dans un processus de troubles de l'intégration sensorielle. L'habit est investi comme une 2<sup>ème</sup> peau impossible à supporter ou à quitter.</p> <p>Difficulté de coordination qui entrave l'habillage. Manque de latéralisation avec négligence d'une main qui ne semble pas investie et qui pend par ex. Défaut d'organisation de la tâche, ne trouve pas l'ordre adéquat.</p> <p><b>Cible</b> : habillage/déshabillage.</p>	<p>Travailler avec l'environnement, à la fois matériel et humain.</p> <p>Travail sur l'enveloppe corporelle, sur les perceptions ; s'appuyer sur l'imitation.</p> <p>Identification des prérequis nécessaires pour permettre une progressivité (décomposition des gestes), associée à une approche des angoisses.</p> <p>Démarche analytique puis synthétique pour aider l'enfant à progresser du détail au global.</p>	<p>Activités liées aux exigences de la vie quotidienne sur lui mais aussi transposées sur des jouets, poupons. <b>E1</b></p> <p>La pataugeoire permet d'aborder avec l'enfant la conscience de son corps, l'habillage et le déshabillage.</p> <p>La piscine et l'apprentissage de la natation complètent ce travail sur le corps par l'aspect social. <b>A3</b></p>

Domaines-Dimensions / Description	Hypothèses de fonctionnement / Cible	Principes thérapeutiques	Activités-Ateliers
<b>Hygiène corporelle</b>	<p>Absence de plaisir à être dans l'eau, absence d'initiative concernant l'hygiène de son corps. Conscience perturbée de son corps et de son bien-être l'amenant à ne pas prendre soin de soi.</p> <p>Hypersensibilité tactile qui renforce ses angoisses quand il reçoit de l'eau sur la tête, se lave les dents, se touche avec un gant de toilette ou une serviette.</p> <p><b>Cible</b> : relation à son corps.</p>	<p><i>En lien avec les parents.</i></p> <p>Repérer l'hypersensibilité tactile.</p> <p>Porter attention à son enveloppe corporelle.</p>	<p>Activités quotidiennes. <b>E1</b></p>
<b>Propreté sphinctérienne</b>  Diarrhée, constipation, encoprésie.	<p>Le contrôle des sphincters peut être difficile et tardif. Les troubles du transit sont fréquents.</p> <p>Amélioration lors de l'acquisition d'un meilleur tonus et du schéma corporel.</p> <p>Contrôle sphinctérien à but d'opposition ou intérêts stéréotypés tels que tirer la chasse d'eau à l'origine d'un vécu angoissant.</p> <p>L'apprentissage de la propreté : l'angoisse de perdre un morceau de soi, renvoie à la perception d'un moi morcelé (Tustin, Bion), la peur de tomber dans un trou renvoie à un vécu de perte de contenant, avec des réactions de raidissement (Haag).</p> <p><b>Cible</b> : propreté sphinctérienne.</p>	<p><i>En lien avec les parents.</i></p> <p>Repérer les difficultés liées au développement et celles liées aux angoisses.</p> <p>S'appuyer sur les rituels lorsqu'ils ne sont pas entravants.</p> <p>Accompagnement par le référent, attention régulière et individuelle sur l'exonération.</p> <p>Atténuer et calmer les angoisses.</p>	<p>Activités quotidiennes, y compris à la maison, acquisition de la propreté. <b>E1</b></p> <p>L'approche psychomotrice ou kinésithérapique contribue à ce que l'enfant prenne conscience de ses sensations (par ex retenir-évacuer). <b>P1</b></p>
<b>Autonomie proximale familiale</b>	<p>Premier lieu d'autonomie.</p> <p>Les particularités sensorielles et les difficultés d'intégration de l'image de Soi compromettent les acquisitions nécessaires à l'autonomie.</p> <p>Les activités deviennent très ritualisées et difficiles à gérer par la famille. Il est exigeant malgré une absence d'initiative. Il ne sait pas comment s'organiser.</p> <p>La famille supplée et compense les insuffisances d'autonomie.</p> <p><b>Cible</b> : initiatives quotidiennes.</p>	<p>Tout enfant construit son évolution et son développement en imitant l'autre.</p> <p>L'imitation est une étape pour amener à l'intériorisation des actions symboliques. L'imitation permet l'adaptation à l'environnement humain et constitue une fonction d'apprentissage de savoirs et savoir-faire.</p>	<p>Activités quotidiennes, repas, mettre le couvert, jeu de dinette, cuisine, repas thérapeutique, acquisition de la propreté. <b>E1</b></p>

Domaines-Dimensions / Description	Hypothèses de fonctionnement / Cible	Principes thérapeutiques	Activités-Ateliers
<b>Autonomie sociale</b>	<p>L'autonomie sociale est liée aux aspects de la socialisation et au décodage du monde qui l'entoure.</p> <p>Manque d'initiative et de connaissances des conventions sociales et troubles de l'orientation spatiale.</p> <p>Crainte de l'extérieur ou à l'inverse attirance vers l'inconnu, les grands espaces qui peuvent amener des comportements inadaptés et de mise en danger.</p> <p><b>Cible</b> : autonomie vers l'extérieur.</p>	<p>Préparation en intra par des activités puis sur l'extérieur. Mise en situation.</p> <p>Développement des habiletés sociales.</p>	<p>Habiletés sociales, jeux éducatifs, temps extérieurs (cour, sortie...) mise en situation. <b>D2</b></p> <p>Séjours thérapeutiques.</p>
<b>Coordination et praxies motrices</b>	<p>Déficit d'imitation, coordination motrice, de planification motrice et de séquençage.</p> <p><b>Cible</b> : Imitation et adresse motrice.</p>	<p>Troubles accessibles par une rééducation en individuel ou en groupe menée par principalement le psychomotricien (associé ou non par un infirmier/éducateur).</p> <p>Le travail en rééducation psychomotrice est nécessaire au travail sur l'autonomie : connaissance du schéma corporel, travail sur les coordinations (oculo-manuelle), les postures. Développer la motricité globale et fine.</p> <p>Développer les perceptions tactiles. Affiner la perception visuelle. Identifier les objets et repérer les objets similaires. Améliorer la tenue d'un objet.</p>	<p>Développer les compétences psychomotrices globales, les praxies en dehors des séances de psychomotricité. <b>E2</b></p> <p>Psychomotricité. <b>P1</b></p>

ABA= Applied Behaviour Analysis ; ESDM=Early Start Denver Model; TEACCH= Treatment and Education of Autistic and related Communication Handicapped Children

<b>Tableau 2. Activités et ateliers liés au domaine sensori-moteur</b>			
<b>CONTEXTE GÉNÉRAL</b>			
<b>Domaines-Dimensions / Description</b>	<b>Hypothèses de fonctionnement / Cible</b>	<b>Principes thérapeutiques</b>	<b>Activités-Ateliers</b>
<b>Sensori-moteur domaine et symptômes</b>	<p>Les dysfonctionnements de l'intégration sensorielle peuvent affecter les voies qui mènent de la sensation à la perception. Étant donné le couplage action-perception, ils contribuent également à une représentation claire de soi et du monde. Généralement, cela ne peut se produire sans un environnement affectif adéquat.</p> <p>Les déficits observés dans la planification motrice, l'intégration sensori-motrice et l'exécution motrice concernent les zones corticales et sous-corticales ainsi que le dysfonctionnement cérébelleux.</p>	<p>Sur la base d'une évaluation individuelle, limiter les stimulations sensorielles qui provoquent des comportements d'irritabilité.</p> <p>Nécessité d'établir un cadre dans le temps et dans l'espace, permettant à l'enfant de trouver ses repères, de ne pas être surpris. Ce cadre doit être accessible et compréhensible par l'enfant, d'où l'intérêt de passer par des stratégies visuelles.</p> <p>Bien installer l'enfant sur le plan moteur (par exemple, le soutien du tronc arrière ; assis, veiller à l'appui des pieds sur une surface stable). Maintenir une relation harmonieuse avec les soignants car elles facilitent l'interaction (par exemple, être conscient de l'attention, de la disponibilité, du rythme de l'enfant).</p>	<p>Atténuation des bruits de fond.</p> <p>Environnement visuel stable et repérable.</p>
<b>PROPOSITIONS D'INTERVENTIONS SPÉCIFIQUES</b>			
<b>Dans le domaine sensoriel</b>  Anomalies sensorielles auditives, visuelles, tactiles, proprioceptives, olfactives et gustatives.	Difficultés à intégrer plusieurs informations d'origine sensorielle.	Apaiser /atténuer les situations de sur-stimulation.	Ateliers sensoriels. <a href="#">A6</a>
<b>Évitement ou recherche répétitive de stimulation</b>  Auto-stimulation, désintérêt apparent à l'environnement, confusion des perceptions.  L'enfant peut être passif en acceptant l'inconfort, ou être en détresse sans communiquer la cause de celle-ci.	<p>L'enfant reste captif d'une seule modalité perceptive qui ne s'efface pas. Il ne peut donc pas intégrer deux modalités sensorielles à la fois et ne peut pas être disponible pour une nouvelle réception.</p> <p><b>Cible</b> : modalités sensorielles, de perception, réception, expression ; mise en commun des différentes sensorialités.</p>	<p>Les ateliers d'éveil sensoriel proposent à l'enfant différents types d'expériences sensorielles dans le but de l'aider à les percevoir, les distinguer, les ressentir.</p> <p>Appréhender le plaisir de se mouvoir, découvrir, jouer et échanger avec autrui.</p> <p>Permettre la transformation d'une perception en une expression par un autre canal, l'association des canaux et l'utilisation de plusieurs à la fois.</p>	Ateliers sensoriels. <a href="#">A6</a>

Domaines-Dimensions / Description	Hypothèses de fonctionnement / Cible	Principes thérapeutiques	Activités-Ateliers
<p><b>Auditif et vestibulaire</b></p> <p>Sélection de certains bruits et sons, selon la tonalité et l'intensité.</p> <p>Réactions paradoxales</p>	<p>Difficulté à filtrer, discriminer les perceptions audio et vestibulaires, l'orientation aux stimuli et l'équilibre dans l'espace.</p> <p>Recherche d'un même son de manière exclusive et répétitive.</p> <p>Protection des oreilles lors de certains sons.</p> <p><b>Cible</b> : canal audio, équilibre.</p>	<p>Variation des perceptions, expression progressive et modulée</p> <p>Utilisation de l'investissement visuel, de la proprioception, de la pression corporelle pour compenser le dysfonctionnement vestibulaire.</p> <p>Soutien sur les éventuelles capacités musicales.</p>	<p>Éveil sensoriel, atelier chant, mélodie, jeux avec les sons, activités stimulant la proprioception (percussion). <b>A1</b></p> <p>Ergothérapie.</p>
<p><b>Visuel</b></p> <p>Évitement, vision périphérique privilégiée, particularités du regard.</p>	<p>Il se constitue des repères dans l'environnement pour satisfaire son besoin d'immuabilité.</p> <p>Le regard interactif et la perception du mouvement sont évités ou source de panique grâce à un lien direct entre l'irritabilité visuelle et l'émotion.</p> <p><b>Cible</b> : utilisation de la vision.</p>	<p>Promouvoir une représentation fluide à partir de la perception visuelle.</p> <p>Distinguer la vision focale de la vision globale.</p> <p>Travail sur la coordination oculo-motrice et visuo-spatiale.</p> <p>Travail sur l'attention conjointe.</p>	<p>Atelier jeu d'assemblage-différenciation. <b>G1</b></p> <p>Atelier livre/album. <b>B3</b></p> <p>Orthoptie.</p> <p>Psychomotricité. <b>P1</b></p>
<p><b>Tactile</b></p> <p>Irritabilité tactile, hypersensibilité et/ou une hypo.</p> <p>Efflore les surfaces, peut toucher avec le dos de la main au lieu de la paume, explorer, toucher l'autre sans faire de différence avec lui-même.</p> <p>Réaction souvent paradoxale à la douleur.</p>	<p>Besoin d'enveloppe de sécurité, de contenance. Besoin d'une deuxième peau ou de sensations fortes directement à la surface du corps.</p> <p>Besoin d'apaiser l'irritation sensorielle et l'hyperactivité.</p> <p><b>Cible</b> : utilisation du toucher.</p>	<p>Les approches avec l'eau dont la pataugeoire, permettent un travail plus global sur les limites du corps, le tonus, la posture, l'enveloppe (habillage/déshabillage, séchage, enveloppement), la prise de conscience de l'image corporelle.</p>	<p>Jeux d'eau, pataugeoire. <b>A3</b></p> <p>Notification des expressions de la douleur. <b>M3</b></p> <p>Ergothérapie.</p>

Domaines-Dimensions / Description	Hypothèses de fonctionnement / Cible	Principes thérapeutiques	Activités-Ateliers
<p><b>Goût</b></p> <p>Sélectivité des aliments, évitement à la texture, couleur, consistance.</p> <p>Troubles alimentaires précoces.</p>	<p>Immuabilité des goûts, refus de changement, difficulté de mordre ou de faire entrer dans la bouche.</p> <p>Sélection ou changements brutaux de goûts et de choix alimentaires.</p> <p>Ne mâche pas, engloutit, se remplit.</p> <p><b>Cible</b> : utilisation de la bouche (oralité).</p>	<p>L'atelier cuisine favorise des expériences autour du toucher, du goût, de l'odorat et leur intégration globale.</p> <p>Promouvoir l'accompagnement lors des repas thérapeutiques.</p> <p>Massages, vibrations autour de la bouche pour travailler la sensibilité tactile et approcher la sphère orale de l'extérieur vers l'intérieur de la bouche.</p>	<p>Cuisine. <b>A2</b></p> <p>Orthophonie centrée sur l'oralité. <b>O1</b></p> <p>Proposer des jeux/activités stimulants à faire à la maison avec les parents.</p>
<p><b>Odorat</b></p> <p>Flaire les objets, recherche certaines odeurs.</p>	<p>Préoccupations archaïques comme l'exploration de reconnaissance ou d'identification des objets par l'odorat.</p> <p><b>Cible</b> : utilisation de l'olfaction.</p>	<p>Différenciation des odeurs, familiarisation et association à la nature des objets.</p>	<p>Atelier sensoriel goût, odeur. <b>A1</b></p>
<p><b>Dans le domaine moteur</b></p> <p>Troubles moteurs, du tonus, de la posture, de la coordination, de l'intégration de l'image du corps et de l'enveloppe corporelle. Particularités plutôt que retard.</p>	<p>La non-intégration du schéma corporel influe sur la représentation de l'espace dans le Moi corporel.</p> <p>La motricité rigide et répétitive limite le répertoire moteur. La difficulté à maintenir l'attention sur le but de l'action, à anticiper les relations des actions et de leurs effets renforcent la répétitivité.</p> <p>La réduction des informations sensorielles multiaxiales/multimodales favorise l'acquisition d'une meilleure coordination.</p> <p><b>Cible</b> : posture, tonus, coordination, locomotion.</p>	<p>L'accompagnement émotionnel, le décodage, la mise en scène permettent à l'enfant de transformer peu à peu les sensations brutes en émotion et d'assouplir l'impact corporel.</p> <p>Mise en lien des différentes parties du corps (haut/bas, droite/gauche).</p> <p>Expériences corporelles progressives et intégrées.</p>	<p>Atelier centré sur les échanges avec la personne proximale (le soignant référent), être physiquement ensemble (autre enfant...). <b>A6</b></p> <p>Jeux moteurs. <b>A4</b></p> <p>Psychomotricité. <b>P1</b></p>
<p><b>Coordination</b></p> <p>Difficultés au passage station assise-debout ; anomalies des coordinations oculo-motrices.</p> <p>Niveau de motricité globale, fine et grapho-motricité : planification, exécution et contrôle ; mouvements de bas en haut ; droite à gauche.</p> <p>Praxies.</p>	<p>Difficulté d'intégrer le centre de gravité et les sensations qui se manifestent dans des postures impossibles, bizarres, inconfortables ou parfois totalement figées.</p> <p>Liens œil-main, droite-gauche, haut-bas présentent des particularités qui entravent les actions de coordination.</p> <p><b>Cible</b> : coordination.</p>	<p>Utilisation du corps pour des activités progressivement complexifiées suivant des postures différentes selon les segments travaillés.</p> <p>Travail assis à la table pour favoriser le lien œil-main.</p> <p>Utilisation de l'imitation. Travail des praxies centré sur la tâche dans une dimension de jeu interactif.</p> <p>Approche individuelle puis groupale.</p>	<p>Atelier habiletés motrices. <b>A4</b></p> <p>Développement des praxies, hors psychomotricité. <b>E2</b></p> <p>Psychomotricité. <b>P1</b></p>



Domaines-Dimensions / Description	Hypothèses de fonctionnement / Cible	Principes thérapeutiques	Activités-Ateliers
<p><b>Tonus</b></p> <p>Attitudes inhabituelles, marche sur la pointe des pieds, obstacles non pris en compte.</p>	<p>L'hypo ou l'hypertonie globale affecte l'interaction et le mouvement.</p> <p>L'hypo ou l'hypertonie peuvent différer selon les segments et affecter la représentation du corps.</p> <p>Difficultés à prendre en considération son corps dans le monde environnant et d'y prendre appui dans une relation de confiance durable.</p> <p><b>Cible</b> : tonus et posture.</p>	<p>Importance de la dimension de confiance avec un environnement stable soutenu par une relation avec le soignant.</p> <p>Mise en œuvre du tonus dans un environnement favorable ou dans la relation à l'animal (par ex, le poney).</p>	<p>Atelier poney, piscine, pataugeoire. <b>A5</b></p>
<p><b>Image du corps et représentation de Soi</b></p> <p>Anomalies gestuelles, stéréotypies, maladroitness.</p>	<p>Troubles de l'intégration de l'image du corps avec parfois un investissement de certaines parties au détriment d'autres, perturbation dans la représentation de l'espace. Indifférenciation entre soi et l'autre.</p> <p>Difficultés à interagir avec l'environnement. Défaut des informations afférentes produites par le mouvement et l'expérience.</p> <p><b>Cible</b> : gestuelle et interaction motrice.</p>	<p>Travail plus global sur les limites du corps, le tonus, la posture, l'enveloppe (habillage/déshabillage, séchage, enveloppement), la prise de conscience de l'image corporelle, la distinction entre soi-même et les autres.</p> <p>Importance de l'environnement, des sensations, de l'approche progressive. Connaissance par l'adulte de ce qui entrave l'enfant.</p>	<p>Atelier sur la différenciation de soi et des autres. <b>A7</b></p> <p>Psychomotricité. <b>A4</b></p>
<p><b>Troubles de l'apprentissage de la propreté</b></p> <p>Enurésie, encoprésie ou rétention des selles et constipation.</p>	<p>En lien avec la coordination motrice, la maturation des sphincters mais aussi avec leur investissement et avec les angoisses associées.</p> <p><b>Cible</b> : propreté.</p>	<p>Lien avec les parents, connaissance des situations atténuant ou renforçant le dysfonctionnement.</p> <p>Dans un premier temps ne pas cibler systématiquement la fonction.</p>	<p>Activité ou atelier sur les entrées/sorties, les orifices, le dedans/dehors. <b>A7</b></p>

Tableau 3. Activités et ateliers liés à la socialisation (autonomie distale)			
CONTEXTE GÉNÉRAL			
Domaines-Dimensions / Description	Hypothèses de fonctionnement / Cible	Principes thérapeutiques	Activités-Ateliers
<p><b>Socialisation</b></p> <p>Signes des troubles de l'interaction sociale : visuel, auditif... Exploration et imitation sociales altérées.</p> <p>Modalités particulières de la relation à l'autre : manque d'initiation, de réciprocité, réponses inadéquates, recherche de l'immutabilité et difficulté d'établir une relation interpersonnelle.</p> <p>Retrait autistique, isolement, résistance aux changements, altération des interactions sociales.</p>	<p>La socialisation débute par les interactions précoces qui définissent la relation entre le bébé et son entourage. C'est une relation transactionnelle qui organise un processus continu de développement et de changement. Le bébé y est un partenaire actif.</p> <p>L'enfant avec autisme manque d'empathie, n'exprimant pas, par les mimiques de son visage, ses affects, et est lui-même peu capable de "lire" sur le visage de l'autre son état émotionnel (défaut de lecture des émotions, d'accès à l'intersubjectivité).</p>	<p>Veiller à ce que l'enfant s'inscrive dans une histoire temporelle et affective.</p> <p>Les jeux de rôle et les mises en situation aident l'enfant à acquérir des compétences sociales.</p> <p>Améliorer la compréhension des émotions et des intentions grâce à différents supports et médiations.</p> <p>Ces temps d'échanges doivent être compris dans le but d'élaborer ensemble les adaptations ou les aménagements les plus judicieux pour l'enfant et comme favorisant à élargir sa socialisation.</p>	<p>Atelier de compétences sociales.</p> <p>Amélioration de la qualité des échanges, compréhension des codes sociaux, plaisir à la relation à travers un certain nombre de situations « séquencées », reliées par la mise en récit, à la généralisation des situations. <b>D1</b></p>
PROPOSITIONS D'INTERVENTIONS SPÉCIFIQUES			
<p><b>Structuration des différents temps de soin :</b></p> <p><b>Le temps d'accueil</b></p>	<p>Les premiers temps d'échange visent à faire prendre conscience à l'enfant de l'existence de l'autre ce qui implique souvent une relation privilégiée avec un soignant. Secondairement l'enfant peut interagir dans un petit groupe et un travail thérapeutique spécifique à la socialisation se construit à travers différents médiateurs</p> <p><b>Cible</b> : aide au repérage de l'entourage.</p>	<p>Des repères stables, éventuellement visuels, relationnels et l'organisation du temps en séquences contiennent l'enfant dans cette approche progressive.</p>	<p>Dans toutes les activités et les rencontres.</p>

Domaines-Dimensions / Description	Hypothèses de fonctionnement / Cible	Principes thérapeutiques	Activités-Ateliers
<p><b>Le temps d'activités</b></p> <p><b>Le temps du repas</b></p>	<p>Les différents supports et médiations améliorent la compréhension de ses émotions, ses intentions et celle des autres.</p> <p><b>Cible</b> : relation sociale.</p>	<p>Les temps d'activités varient selon les capacités de l'enfant.</p> <p>Développer les capacités psychomotrices (jeux d'adresse, parcours...), les compétences expressives (ateliers pâte à modeler, peinture et autres arts plastiques...), les capacités cognitives (jeux éducatifs, de société, atelier lecture, contes...), les jeux de rôles, de mise en situation, permet d'acquérir des habiletés sociales et leur donne de l'assurance dans les actes de la vie quotidienne.</p> <p>Activités en individuel, en groupe, dans des activités à thème avec des supports spécifiques (scenarii sociaux, habilités sociales) à l'intérieur de la structure ou à l'extérieur (piscine, équitation, visites de musées, expositions, commerces etc).</p> <p>Utilisation de stratégies plus spécifiques issues des applications cognitivo-comportementales comme le <b>pairing</b>.</p>	<p>Atelier jeux de rôle, habiletés sociales, jeux éducatifs, temps extérieurs (cour, sortie...) mise en situation, temps du repas. <b>D2</b></p> <p>Séjours thérapeutiques au cours desquels les différents aspects de la socialisation sont abordés.</p>
<p><b>Le temps de rencontre avec les parents</b></p> <p><b>Le temps de rencontre avec les autres partenaires</b></p>	<p>Ces temps d'échanges doivent être aussi compris comme servant à généraliser et à élargir la socialisation de l'enfant.</p> <p><b>Cible</b> : généralisation.</p>	<p>Échanger à propos de l'enfant pour élaborer ensemble les adaptations ou les aménagements les plus judicieux pour l'enfant, ses progrès, ses difficultés, ses attitudes qui peuvent ou non être différents suivant les lieux.</p>	<p>Échanges avec les parents, le milieu scolaire. <b>D3</b></p>

Tableau 4. Activités et ateliers liés à la communication			
CONTEXTE GÉNÉRAL			
Domaines-Dimensions / Description	Hypothèses de fonctionnement / Cible	Principes thérapeutiques	Activités-Ateliers
<p><b>Communication</b></p> <p><i>(Sans la socialisation)</i></p> <p>Multiplicité de profils du développement du langage.</p> <p>Atteinte qualitative et/ou quantitative de la communication pré-verbale et verbale.</p> <p>Des comportements secondaires : utilisation particulière du langage dans sa forme (stéréotypie, maniérisme...), dans son usage (dimension non pragmatique) et distorsion de la compréhension.</p>	<p>Le langage est le reflet des capacités relationnelles, symboliques et cognitives. Le développement du langage est indicateur d'évolution de l'enfant et de son intégration sociale.</p> <p>Le langage communicatif est lié à l'acquisition linguistique mais aussi au développement et à la différenciation entre le soi et l'autre.</p> <p>Les mécanismes précurseurs sont entravés : le détecteur d'intentionnalité, la direction du regard et le mécanisme d'attention partagée.</p>	<p>L'enfant a besoin d'anticipation et de prévisibilité, avec un soutien stable auquel il peut se référer.</p> <p>Promouvoir une approche développementale de la communication.</p> <p>Construire les bases des représentations triadiques.</p> <p>Théâtraliser la communication (utiliser le panel de la fonction pragmatique).</p> <p>Adapter le niveau de langage à celui de l'enfant.</p> <p>Les supports visuels sont privilégiés comme repères dans le temps et les activités (planning) avec une complexité croissante suivant les possibilités de l'enfant. Les pictogrammes et images sont également utilisés pour permettre à l'enfant d'exécuter des tâches, en les décomposant par étapes selon une chronologie (recettes, habillage...), en complément des consignes verbales et aussi gestuelles. Les parents sont encouragés à s'approprier tous ces outils visuels pour amener de la prévisibilité et diminuer l'anxiété de l'enfant.</p>	<p>Privilégier les supports visuels.</p> <p>Orthophonie <b>O1</b></p> <p>Activités permettant à l'enfant d'établir une relation de confiance avec l'adulte référent.</p>
PROPOSITIONS D'INTERVENTIONS SPÉCIFIQUES			
<p><b>Non verbale</b></p> <p>Regard, pointage, attention conjointe, imitation, mimique, posture, geste symbolique, faire-semblant.</p>	<p>Les modes de communication non-verbale sont entravés à des degrés variables. Ces altérations participent à un trouble global concernant l'ensemble des fonctions symboliques (ou de représentation), à des degrés variables.</p> <p><b>Cible</b> : construction d'un cadre sécurisant.</p>	<p>Mise en œuvre des moyens adaptés au niveau développemental, aux capacités émotionnelles et attentionnelles de l'enfant ; dans un cadre suffisamment sécurisant, prévisible et motivant, avec parfois, dans un 1<sup>er</sup> temps, la nécessité d'utiliser les centres d'intérêts excessifs voire exclusifs de l'enfant.</p>	<p>A travers toutes les activités.</p> <p>Construction de la fiabilité du cadre par des activités de base.</p> <p>Jeu du quotidien. <b>B1</b></p>

Domaines-Dimensions / Description	Hypothèses de fonctionnement / Cible	Principes thérapeutiques	Activités-Ateliers
<b>Non verbale</b> <b>Attention partagée</b> Niveau 1	Défaut de contact visuel, de partage d'intérêt, de synchronie dans la communication. Cible : attention partagée.	Observer l'enfant pour partager ses intérêts, l'imiter, équilibrer les initiations de communication de l'enfant et celles de l'adulte. Intervenir à bon escient. Réduire les attentes et les demandes langagières, s'adapter au rythme, commenter et reformuler dans un langage approprié.	Jeu du quotidien. B1 Routines sociales, chansons. B2
Niveau 2	Défaut d'attention conjointe. Défaut de reconnaissance des émotions et des situations sociales. Difficulté du partage des émotions, d'intermodalité, d'accordage affectif, de compréhension de l'implicite, de continuité et des représentations. Cible : accordage.	Les ateliers prennent en compte les aspects non-verbaux du langage, les conditions d'émergence du langage et de la parole, dans ses fonctions de dialogue, de partage d'émotions, dans une intermodalité permanente entre le visuel, le sonore, les échanges toniques et tactiles. L'accordage affectif entre les deux partenaires va permettre la naissance des toutes premières représentations (symbolisation primaire) et de l'intersubjectivité.	Ateliers mimes, comptines, marionnettes, jeux de personnages. B2 Contes (saynettes ou histoires simples), mise en récit. B3
<b>Non verbale</b> <b>Intention de communication</b> Niveau 3	Intention émergente avec capacité expressive présente. Fragilité ou perception faible de l'intention de la communication. L'enfant semble ne pas comprendre toujours l'intention de l'autre et exprime peu clairement la sienne. Cible : intention et expression.	Observer, attendre pour percevoir les intentions de communication et pour saisir les opportunités. Lui montrer les effets de sa communication même faible pour qu'il prenne conscience des conséquences de ses actions de communication sur l'autre personne. L'encourager et utiliser des pauses entre les interactions pour l'inciter à produire une réponse (non-verbale ou verbale).	Jeu du quotidien. B1
Niveau 4	Intention de communiquer présente mais sans capacité de s'exprimer oralement de manière efficiente. Cible : communication alternative.	Les modes de communication alternative ou augmentative, ont, au niveau expressif, plusieurs fonctions : répondre à une question, décrire un événement, dénommer, effectuer une demande.	Moyens augmentatifs type PECS, Makaton en dehors de séances de rééducation orthophonique. B3 Usage des supports multimédia.
<b>Non verbale</b> <b>Pragmatique</b> Dissociation entre la forme et la fonction du langage.	L'enfant fait peu usage de l'orientation, des gestes, de la posture, de la prosodie ou d'autres signaux sociaux à des fins de communication. Cible : pragmatique.	Soutenir l'enfant en utilisant le langage non-verbal (geste, regard, mimique, posture, vocalisation...), lorsqu'on s'adresse à lui « théâtraliser », associer les différents canaux perceptifs.	Jeu du quotidien. B1 Ateliers mimes, comptines, marionnettes, jeux de personnages. B2

Domaines-Dimensions / Description	Hypothèses de fonctionnement / Cible	Principes thérapeutiques	Activités-Ateliers
<b>Communication verbale - linguistique</b>	Les enfants atteints d'autisme ont un développement du langage entravé et présentent de nombreuses difficultés communes à des troubles spécifiques du langage.  <b>Cible</b> : le langage.	S'adapter au niveau d'échange de l'enfant, avoir un langage pertinent.  Stimuler la communication verbale par d'autres voies (par exemple, la langue écrite).  Utiliser des alternatives à la communication orale.	Orthophonie. <b>O1</b>  Jeu du quotidien. <b>B1</b>
<b>Verbale</b> <b>Le langage réceptif</b>  Compréhension verbale et compréhension sociale.	Apparente indifférence aux questions posées et difficultés à comprendre le langage figuré (double sens). Difficultés de compréhension de l'implicite, des métaphores. Compréhension littérale.  <b>Cible</b> : compréhension.	S'adapter au niveau de compréhension de l'enfant, avoir un langage pertinent (utile et lié à ce qui focalise l'intérêt de l'enfant.), l'organiser en étiquetant, le modeler et adopter des stratégies pré-verbales associées (intonation, geste...)  Rendre sémantiquement « contingent » le langage c'est-à-dire adapté à l'intérêt de l'enfant, à ses mots, au contexte et au sujet de l'échange.	Orthophonie. <b>O1</b>  Jeu du quotidien. <b>B1</b>
<b>Verbale</b> <b>Le langage expressif</b>  Niveau 1 : basique  Altérations du langage verbal versant expressif  Défaut de prosodie, langage mécanique, altération du rythme et du volume de la voix, inversions pronominales, écholalie, langage idiosyncrasique, néologismes.	Mémorisation précoce d'énoncés complexes sans les éléments du contexte du fait des difficultés de différenciation existant avant l'apparition du langage. Les séquences sonores sont ensuite découpées et répétées hors contexte (écholalie différée) afin de les assimiler.  Les caractéristiques liées à l'environnement ne sont intégrées que secondairement. Hypothèse de défaut de discrimination des sons de la parole, de la hauteur tonale, hypersensibilité auditive.  Déficit procédural  <b>Cible</b> : expression verbale de base.	Troubles du langage accessibles par une rééducation en individuel ou en groupe menée par l'orthophoniste principalement (associé ou non à un infirmier/éducateur).  Soutenir l'expression orale de l'enfant : répéter ce qu'il dit, reformuler.	Orthophonie. <b>O1</b>  Ateliers se centrant sur le langage oral. <b>B2</b>

Domaines-Dimensions / Description	Hypothèses de fonctionnement / Cible	Principes thérapeutiques	Activités-Ateliers
<b>Verbale</b> <b>Le langage expressif</b>  Niveau 2 : élaboré	Les dimensions linguistiques du langage sont difficiles à améliorer chez les enfants non verbaux (par exemple, la phonologie, les règles grammaticales, la sémantique).  Le développement du langage tant du point de vue de sa qualité que de sa richesse est indicateur d'évolution de l'enfant et de son intégration sociale.  Cible : expression verbale élaborée.	Reconstituer le langage par extension syntaxique et/ou sémantique.	Ateliers se centrant sur l'expression et la compréhension du langage. B4
<b>Verbale</b> <b>Le langage réceptif et expressif</b>  <b>La conversation</b>	La difficulté à initier et à maintenir puis terminer la conversation reflète la difficulté à utiliser le langage dans la socialisation.  Le manque d'adaptation à l'interlocuteur et au contexte, les intonations neutres, avec une pauvreté ou une inadéquation de l'expression des émotions entravent la fluidité de la conversation.  Difficulté dans la motivation de la communication pour partager des intentions et détecter les codes sociaux.  Défaut de flexibilité pour s'adapter à un rythme de conversation  Difficulté pour capter différents éléments, donner un sens à la communication, décoder la variation de l'intérêt dans une conversation selon le langage non verbal.  Manque de cohérence.  Cible : échanges et tour de rôle dans la communication.	Suivre le rythme, alterner le tour de parole, faire des pauses, redonner l'initiative, élaborer, jusqu'à atteindre une réciprocité conversationnelle.  Interpréter la signification de la communication et l'intention de l'enfant puis fournir des réponses sémantiquement contingentes (liées à l'intérêt de l'enfant et au sens de ses mots). Encourager la réciprocité qui donne à l'enfant l'opportunité de répondre et de continuer la conversation.	Ateliers mimes, comptines, marionnettes, jeux de personnages. B2  Contes (saynettes ou histoires simples), mise en récit. B3

Domaines-Dimensions / Description	Hypothèses de fonctionnement / Cible	Principes thérapeutiques	Activités-Ateliers
<b>Verbalisation et représentation des émotions, de l'angoisse</b>	<p>Enfant a un certain niveau d'expression et de représentation, quelles qu'en soient les modalités, et surtout lorsqu'il présente des manifestations d'angoisse.</p> <p><b>Cible</b> : mécanismes défensifs liés aux angoisses.</p>	<p>Les séances de psychothérapie contribuent à la réciprocity des échanges et à l'expression des éprouvés.</p> <p>Les psychothérapies visent, au travers de l'analyse des liens transférentiels (et contre-transférentiels), à mettre en mots (ou en représentation), les mouvements émotionnels de l'enfant et à le dégager progressivement des mécanismes de défenses qui entravent les processus de pensée et la relation à autrui.</p>	Psychothérapie <b>Y</b>



Tableau 5. Activités et ateliers liés à l'émotion, l'angoisse, le comportement			
CONTEXTE GÉNÉRAL			
Domaines-Dimensions / Description	Hypothèses de fonctionnement / Cible	Principes thérapeutiques	Activités-Ateliers
<p><b>Emotion, angoisse, comportement</b></p> <p><b>Les stéréotypies</b></p> <p><b>Les comportements défis</b></p> <p><b>Les désorganisations</b></p> <p><b>Les manifestations fonctionnelles</b></p> <p><b>La symptomatologie dépressive</b></p>	<p>L'angoisse et le vécu émotionnel sont des états internes à la personne, le comportement en est une expression extérieure. Il est la résultante de multiples facteurs qui doivent être explorés pour en saisir le sens et la fonction pour la personne.</p> <p>L'accès à la notion de Soi et à celle d'altérité est difficile et tardif ainsi que la différenciation Soi/non-Soi.</p> <p>N'ayant pas accès à l'intériorité du psychisme de l'autre, l'enfant perçoit « la forme et l'explicite » et non « l'intention et l'implicite » du comportement, ce qui le met dans une situation d'insécurité qui est à l'origine d'un ressenti d'anxiété, d'imprévisibilité.</p> <p>Les modalités expressives de l'enfant sont fortement corrélées à ses ressources cognitives et de communication.</p>	<p>Créer un contenant sécure par le biais de la structuration du temps et de l'espace, de repères connus (fixes) et de différentes formes d'enveloppement, (physique, sonore).</p> <p>A partir de l'observation nous pouvons schématiser le vécu de la personne autiste pour mieux nous représenter son angoisse et ses troubles du comportement.</p> <p>La prise en compte du comportement fait appel à une évaluation précise et une mise à jour de l'ensemble du développement de la personne, de ses compétences, difficultés et émergences dans les différents domaines.</p> <p>L'attention à porter à la prévention des troubles du comportement se fait par la mise en œuvre des moyens afin de développer la communication, l'autonomie, la diversification des investissements.</p>	<p>Créer un contenant sécure : un soignant référent, repère essentiel pour l'enfant, une structuration du temps et de l'espace, un emploi du temps, des propositions d'apaisement à travers différentes activités d'enveloppement, (physique, par ex la pataugeoire, sonore ex : atelier comptine écoute musicale...).</p>

**PROPOSITIONS D'INTERVENTIONS SPÉCIFIQUES**

Domaines-Dimensions / Description	Hypothèses de fonctionnement / Cible	Principes thérapeutiques	Activités-Ateliers
<p><b>Les émotions dans les relations</b></p>	<p>Dans l'autisme, les difficultés à donner forme aux sentiments, à identifier les émotions, les siennes ou celles des autres, peuvent influencer l'interaction sociale.</p> <p>Les dysrégulations émotionnelles entravent le développement de toute la personnalité ainsi que les processus cognitifs.</p> <p>Probables troubles cognitifs spécifiques, touchant les diverses réceptions sensorielles, à l'origine des défauts d'ajustement émotionnels.</p> <p>L'absence de communication et les difficultés des fonctions exécutives exacerbent l'expression comportementale.</p> <p>Démantèlement de l'appareil de perception.</p> <p><b>Cible</b>: émotions dans la relation, expression et perception.</p>	<p>La reconnaissance des émotions est un prérequis nécessaire pour aborder ensuite les habilités sociales.</p> <p>Permettre à l'enfant d'identifier, distinguer reconnaître ses émotions et celles des autres, apprendre à moduler et à adapter ses réponses.</p>	<p>Ateliers de repérage des émotions. <b>C1</b></p> <p>Psychothérapie. <b>Y</b></p>
<p><b>Les affects</b></p> <p><b>L'angoisse</b></p> <p><b>La symptomatologie dépressive</b></p> <p>Comportement agressif ou hyperactif, automutilations ou régression des compétences acquises. Tristesse, pleurs, apathie, affects négatifs.</p> <p>Symptômes physiques tels que les troubles du sommeil ou de l'alimentation.</p> <p>Souvent associée à une hyperactivité et une irritabilité.</p>	<p>L'angoisse résulte souvent des particularités sensorielles et motrices ainsi que des perturbations de la cognition et de la régulation émotionnelle.</p> <p>Les angoisses sont identitaires (sensorielles, motrices), avec peurs massives, terreurs primitives.</p> <p>Les angoisses dépressives sont en arrière-plan avec une auto-dévalorisation correspondant à une plus grande conscience de son état, de sa différence, de son décalage développemental, des bizarreries d'adaptation sociale dues à son plus ou moins long retrait.</p> <p><b>Cible</b>: affects ; angoisse.</p>	<p>La prise en compte de l'angoisse, des manifestations émotionnelles et du comportement se décline dans tous les aspects de la prise en charge en articulant les volets thérapeutique et éducatif.</p> <p>Échanges avec les parents sur l'état affectif.</p> <p>Identification des difficultés liées aux changements de routine et aux changements de contexte de vie.</p>	<p>Créer un contenant sécuritaire.</p> <p>Atelier expression, discrimination et régulation des émotions. <b>C1</b></p> <p>Psychomotricité. <b>P1</b></p> <p>Psychothérapie. <b>Y</b></p>

Domaines-Dimensions / Description	Hypothèses de fonctionnement / Cible	Principes thérapeutiques	Activités-Ateliers
<p><b>Les stéréotypies</b></p> <p>Sensorielles, motrices, verbales, idéiques, assimilable à un trouble du comportement quand elles limitent l'enfant dans ses investissements.</p>	<p>Défaut d'un contenant sécuritaire qui s'exprime dans les stéréotypies, auto ou hétéro-agressivité.</p> <p>Elles surgissent de façon préférentielle dans les moments de débordements, d'excitation joyeuse ou de frustration.</p> <p><b>Cible</b> : stéréotypie.</p>	<p>Toute stéréotypie n'est pas un trouble du comportement, elle le devient quand elle présente un caractère envahissant, empêchant de s'intéresser à des nouvelles activités et apprentissages. Les stéréotypies peuvent être aussi source de plaisir, et avoir une fonction récupératrice que le clinicien prend en compte.</p>	<p>Activités de mise en situation aménagée, avec dimension corporelle. <b>C4</b></p>
<p><b>Les comportements défis</b></p> <p>Agressions, automutilations, destructions, comportements anti-sociaux, stéréotypies/autostimulations et alimentation.</p>	<p>Relation entre le comportement et son environnement, ou plus exactement son contexte. Il se définit en quatre éléments : les antécédents immédiats, les manifestations, les conséquences et les événements contextuels.</p> <p><b>Cible</b> : reconnaissance du contexte déclencheur.</p>	<p>Observation et analyse de la séquence des comportements défis et des réactions adaptatives.</p> <p>Rechercher la cause ou l'élément déclencheur.</p> <p>Identifier le renforcement positif et négatif.</p>	<p>Articulation interne et externe entre professionnels et parents.</p> <p>Réponse d'apaisement dans le langage, la posture, l'environnement.</p> <p>Restriction du renforcement négatif.</p> <p>Introduction d'un comportement alternatif avec renforcement positif</p>
<p><b>Désorganisations</b></p> <p>Les angoisses corporelles se manifestent par des désorganisations physiques et psychiques, donnant lieu, parfois, à de l'auto ou hétéro-agressivité.</p> <p>Manifestations sur un versant d'inhibition, d'isolement et de passivité, de ruminations envahissantes.</p>	<p>Difficultés à donner forme aux ressentis, à identifier les émotions, les siennes ou celles des autres.</p> <p>Les frustrations sont souvent à l'origine de réactions comportementales qui témoignent de la difficulté d'intégrer les différents paramètres de la réalité, elles peuvent parfois se manifester par des crises de tantrum.</p> <p><b>Cible</b> : désorganisation, nature, mécanisme.</p>	<p>Pour entrer en communication avec l'enfant, il est indispensable d'atténuer ces désorganisations et crises en créant un contenant sécuritaire fait d'une relation de confiance, de repères fixes avec des limites claires et parfois de différentes formes d'enveloppement (voir aussi RBPP ANESM 2016).</p> <p>La prescription médicamenteuse adaptée aux troubles du comportement est parfois nécessaire (voir domaine somatique et pharmacologique).</p> <p>Certains troubles sont accessibles par une rééducation en individuel ou en groupe menée principalement par le psychomotricien (associé ou non par un infirmier/éducateur).</p>	<p>Activités de mise en situation aménagée, avec dimension corporelle. <b>C4</b></p> <p>Aménagement d'espaces, de temps d'apaisement. <b>C5</b></p> <p>Ateliers ou activités s'attachant à la contenance, l'enveloppement. <b>C2</b></p> <p>Psychomotricité. <b>P1</b></p> <p>Ateliers de repérage des émotions. <b>C1</b></p> <p>Psychothérapie. <b>Y</b></p> <p>Prescriptions médicamenteuses si nécessaire. <b>M1</b></p>

Domaines-Dimensions / Description	Hypothèses de fonctionnement / Cible	Principes thérapeutiques	Activités-Ateliers
<p><b>Les manifestations fonctionnelles</b></p> <p>Sommeil, alimentation, transit intestinal et plus généralement les symptômes physiques.</p>	<p>L'angoisse et la dépression se manifestent par des atteintes fonctionnelles.</p> <p><b>Cible</b> : symptômes, origine.</p>	<p>Recherche de compréhension de la survenue de ces manifestations physiques fonctionnelles.</p> <p>Observer pour savoir si l'angoisse est circonscrite aux conditions de la fonction ou plus générale.</p>	<p>Activités de mise en situation aménagée, avec dimension corporelle.</p> <p><b>C4</b></p>
<p><b>La douleur</b></p>	<p>Elle est également à l'origine de manifestations comportementales.</p> <p>Difficulté pour identifier ou exprimer de façon adéquate la douleur.</p> <p>L'enfant autiste ne l'exprime pas directement ou alors de manière paradoxale.</p> <p><b>Cible</b> : douleur, origine.</p>	<p>Repérer les troubles du comportement révélateurs d'une douleur.</p> <p>Aider l'enfant à exprimer sa douleur et la zone douloureuse.</p>	<p>Recherche de l'origine Prescription médicamenteuse après avis médical.</p> <p><b>M1</b></p>

RBPP=recommandation de bonnes pratiques professionnelles ; ANESM=Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux

Tableau 6. Activités et ateliers liés au domaine pédagogique (cognition)			
CONTEXTE GÉNÉRAL			
Domaines-Dimensions / Description	Hypothèses de fonctionnement / Cible	Principes thérapeutiques	Activités-Ateliers
<p><b>Pédagogie</b></p> <p><b>(Cognitif)</b></p>	<p>Le développement cognitif, intellectuel et l'acquisition des savoirs est un tout.</p> <p>L'école est, dans notre civilisation, le lieu de socialisation de l'enfant, lieu de citoyenneté et de reconnaissance d'appartenance à la communauté.</p> <p>Dans les TSA, le développement des capacités de pensée, de création de liens, de catégorisations et de métaphorisation est touché.</p> <p>Les fonctions exécutives sont atteintes dans la flexibilité mentale, la planification, le contrôle et la régulation de l'action.</p>	<p>Mise en œuvre d'une pédagogie adaptée en fonction des spécificités cognitives, psycho-affectives, neuropsychologiques, sensorielles et personnelles.</p> <p>Collaboration étroite entre le service de soins et l'école selon différentes modalités.</p>	<p>Structuration du temps, structuration de l'espace, utilisation de pictogrammes et autres supports concrets, logiciels et programmes informatiques spécifiques.</p>
PROPOSITIONS D'INTERVENTIONS SPÉCIFIQUES			
<p><b>Dimension cognitive</b></p>	<p>Difficulté à généraliser.</p> <p>Traitement séquentiel des informations. Focalisation sur les détails.</p> <p>Compréhension difficile de l'implicite.</p> <p>Défaut de flexibilité.</p> <p>Déficience de l'attention et de la mémoire de travail.</p> <p><b>Cible</b> : fonctionnement cognitif.</p>	<p>Respecter la théorie de la zone de développement proximal de Vygotsky.</p> <p>Adaptation des supports et allègement des tâches.</p> <p>Adaptation du matériel scolaire.</p> <p>Adaptation de la langue au niveau de compréhension, indications données avec une vitesse plus lente.</p> <p>Simplification de l'apprentissage et ciblage de la réussite.</p> <p>Respecter le rythme de fonctionnement de l'enfant.</p> <p>Utiliser les renforcements positifs</p>	<p>Atelier cognitif avec programme de remédiation cognitive. <b>S1</b></p> <p>Classe intégrée dans l'unité des soins. <b>S2</b></p> <p>Remédiation cognitive individuelle.</p> <p>Logiciel informatique. <b>G2</b></p>

Domaines-Dimensions / Description	Hypothèses de fonctionnement / Cible	Principes thérapeutiques	Activités-Ateliers
<b>Situations de scolarisation</b>	<p>La scolarité est adaptée en fonction du programme de l'enfant. Les difficultés et les potentialités doivent être évaluées</p> <p><b>Cible</b> : scolarisation modulée.</p>	<p>Agenda éducatif basé sur les objectifs du ministère français de l'éducation nationale et sur les principes du plan Handiscol.</p> <p>Les aménagements de la scolarisation sont différents suivant la présence ou non, dans l'équipe soignante, d'enseignants spécialisés et selon le statut de l'enfant par rapport à l'école ordinaire, spécialisée ou en structure médico-éducative.</p> <p>Inclusion (principalement à l'école) ou intégration (temps partagé), scolarisation partielle associée (sur le site de l'hôpital de jour).</p> <p>La collaboration étroite s'effectue entre le service de soins et l'école selon différentes modalités.</p>	<p>Inclusion scolaire. <b>S4</b></p> <p>Classe spécialisée. <b>S3</b></p>
<b>Dimension psycho-affective</b>	<p>Certains processus psychiques sont nécessaires à la situation d'apprentissage comme se reconnaître différent de l'autre, accepter ce qui provient de l'autre en tant qu'objet de connaissance différent, sans que cela ne remette en cause son identité propre, accepter et reconnaître en soi des manques sans se sentir désorganisé voir anéanti.</p> <p><b>Cible</b> : inscription dans le cadre des apprentissages.</p>	<p>Mise en œuvre des moyens adaptés au niveau développemental, aux capacités émotionnelles et attentionnelles de l'enfant ; dans un cadre suffisamment sécurisant, prévisible et motivant, avec parfois, dans un 1er temps, la nécessité d'utiliser les centres d'intérêts excessifs voire exclusifs de l'enfant.</p> <p>Travailler à se reconnaître différent, tolérer la surprise, la frustration, développer les capacités d'imitation, d'autonomisation, de sortir de l'immuabilité. Supporter de ne pas savoir.</p> <p>Moments de retrait, de pauses, aide à la reconnaissance des besoins physiologiques pour prévenir les états de désorganisation.</p>	<p>Activités cognitives adaptées pour permettre à l'enfant d'établir une relation de confiance avec l'adulte référent, construction de la fiabilité du cadre par des activités de base. Favoriser l'apprentissage par réussite plutôt qu'essai/erreur.</p> <p>Séquence de pédagogie adaptative en hôpital de jour (atelier cognitif). <b>S1</b></p>
<b>Dimension sensorielle</b>	<p>L'accès aux apprentissages présuppose une bonne intégration sensorielle et sensori-motrice.</p> <p><b>Cible</b> : intégration sensorielle.</p>	<p>Adapter le contexte des apprentissages aux compétences sensori-motrices et aux sensibilités sensorielles. Environnement cohérent et sécurisant. Lien avec un référent.</p> <p>Structurer l'espace. Structurer le temps.</p>	<p>Adaptation de l'environnement : posture, épuration de l'espace.</p> <p>Jeux d'imitation, encastrements, puzzles, tri d'objets, travail sur la catégorisation, etc. <b>G1</b></p>

Tableau 7. Activités et ateliers liés aux ressources familiales			
CONTEXTE GÉNÉRAL			
Domaines-Dimensions / Description	Hypothèses de fonctionnement / Cible	Principes thérapeutiques	Activités-Ateliers
<p><b>Ressources familiales</b></p> <p>La prise en charge des enfants autistes ne peut évoluer dans des conditions optimales que si elle s'inscrit dans une réelle alliance avec les parents et plus largement la famille, préoccupation constante des équipes de pédopsychiatrie.</p>	<p>Les parents ont un véritable savoir sur leur enfant, sur lequel le soignant doit prendre appui.</p> <p>Certains comportements autistiques vont influencer la vie familiale. L'immuabilité, la ritualisation, les conduites d'évitement, les hypo et hypersensibilités et les aménagements nécessaires, en raison des hyper ou hypo sensibilités, donnent à l'existence familiale un « style de vie particulier ».</p>	<p>Notre rôle est celui d'informer, former, soutenir, étayer, favoriser la compréhension des processus autistiques et des comportements présentés par l'enfant dans le but de trouver ensemble de stratégies pour les améliorer.</p>	<p>Rencontres régulières avec les parents.</p>
PROPOSITIONS D'INTERVENTIONS SPÉCIFIQUES			
<p><b>L'alliance</b></p>	<p>L'alliance se construit dans le temps au fil de la prise en charge de l'enfant. Sa qualité s'appuie sur le partage de préoccupations communes.</p> <p>Elle se construit avec les parents (la famille) et l'enfant.</p> <p>[Cible] : partenariat avec les parents.</p>	<p>Consultations, visites sur les lieux de vie, rencontres avec les partenaires. Place du soignant référent.</p> <p>Explicitation claire et adaptée des processus en cours, partage de la clinique, élaboration des étapes.</p>	<p>Consultations. [F1]</p> <p>Discussion du projet, point fait régulièrement. [F3]</p> <p>Visites à domicile VAD. [F5]</p>
<p><b>Parcours diagnostique</b></p>	<p>Étape essentielle dont la durée, limitée dans le temps, s'ajuste sur le rythme parental.</p> <p>Synthèse des explorations fonctionnelles.</p> <p>Annonce diagnostique qui reprend les éléments du diagnostic principal, les troubles associés, le profil développemental, les préconisations.</p> <p>Importance du repérage des compétences même émergentes.</p> <p>En abordant avec les parents le diagnostic, son étiologie et son pronostic, on travaille également le vécu parental de l'annonce du diagnostic.</p> <p>Transmission aux parents d'informations concernant les TSA, leur pronostic et les possibles prises en charge</p> <p>[Cible] : analyse clinique et restitution.</p>	<p>Place du médecin traitant (médecin généraliste ou pédiatre).</p> <p>Parcours explicité avec des rendez-vous planifiés.</p> <p>Suivi par le soignant référent qui assure la cohérence.</p> <p>Contacts avec les partenaires connaissant l'enfant.</p> <p>Explorations fonctionnelles, articulation entre les professionnels.</p> <p>Disponibilité du soignant référent pour la reprise secondaire rapide.</p>	<p>Bilans, consultations, VAD, échanges partenaires. [F1] et [F5]</p> <p>Échanges téléphoniques, courriers. [T2]</p> <p>Réunions cliniques. [R3]</p> <p>Entretien avec assistant social. [F7]</p>

Domaines-Dimensions / Description	Hypothèses de fonctionnement / Cible	Principes thérapeutiques	Activités-Ateliers
<p><b>Projet thérapeutique individualisé</b></p> <p>Il peut comporter des prises en charge individuelles ou groupales, en psychomotricité, en orthophonie, en psychothérapie ou sous forme d'intervention éducative.</p>	<p>Les modalités et les objectifs sont élaborés à partir du bilan de l'enfant et des attentes des parents.</p> <p>Le programme de prise en charge est présenté de la manière la plus explicite possible pour que les parents puissent en partager la finalité avec l'équipe de soin.</p> <p><b>Cible</b> : construction du projet de soin individualisé.</p>	<p>Information et accompagnement pour l'ouverture aux droits de compensations auprès de la MDPH, complétée par une information concernant les associations et un lien vers le CRA.</p> <p>Fournir une information adaptée. Permettre de rencontrer d'autres familles. Accompagner dans les stratégies de communication, socialisation et d'ajustement comportemental de l'enfant au quotidien. Guider dans les démarches. Proposer un espace pour exprimer les questionnements en tant que parents.</p>	<p>Consultations. <b>F1</b></p> <p>Discussion du projet. <b>F3</b></p>
<p><b>Pratiques intégratives</b></p>	<p>Les PSI sont un dispositif multidisciplinaire dont l'approche se définit par un ensemble d'interventions coordonnées proposées à un enfant qui est appréhendé dans sa globalité et sa singularité, en relation avec ses parents et le milieu habituel de vie. Elles s'appuient sur des perspectives complémentaires : psychopathologiques, physiques et physiologiques et associent une pluralité d'interventions (thérapeutiques, éducatives, pédagogiques) et une pluralité coordonnée d'intervenants.</p> <p>Les temps de rencontre, durant la prise en charge, permettent d'évoquer le quotidien pour laisser s'exprimer la difficulté à être parent d'un enfant autiste. La place de partenaire favorise le travail de renarcissisation et de déculpabilisation des parents et réduit ainsi les effets de rivalité parents/soignants.</p> <p><b>Cible</b> : déroulé du projet de soin individualisé.</p>	<p>Échanges sur le déploiement des interventions, leurs objectifs, leurs articulations, leurs évolutions.</p> <p>Supervisions.</p> <p>Synthèses.</p> <p>Révision régulière du projet en lien avec l'évolution de l'enfant.</p>	<p>Discussion du projet, point fait régulièrement. <b>F3</b></p> <p>Échanges informels. <b>F2</b></p> <p>Prise en compte des événements importants intercurrents. <b>F4</b></p>



Domaines-Dimensions / Description	Hypothèses de fonctionnement / Cible	Principes thérapeutiques	Activités-Ateliers
<b>Formation / information</b>	<p>Groupe d'information, d'éducation et de formation pour les parents.</p> <p>Groupe de parole, lieu d'expression entre familles d'enfant porteur d'un même handicap, encadré par un professionnel. Il a pour objectifs de rompre le sentiment d'isolement, de proposer un étayage réciproque, d'échange d'expériences, de projection dans l'avenir par identification aux parents d'enfants plus âgés et de soutien en cas de crise.</p> <p><b>Cible</b> : améliorer les compétences.</p>	<p>Au sein de la cellule familiale, fournir les informations et /ou éléments concrets améliorant la communication et les troubles du comportement.</p> <p>Pour les troubles plus complexes ou résistants, comprendre ensemble les problèmes sous-jacents et/ou leur sens pour construire de manière collégiale des outils, stratégies ou aménagements pour réduire ces troubles.</p> <p>Accompagner dans les stratégies de communication, de socialisation et d'ajustement comportemental de l'enfant au quotidien.</p> <p>Formation à l'amélioration de la communication (ex : PACT)</p>	<p>Groupe de parole parents ou fratrie. <b>F6</b></p> <p>Formation à des techniques particulières (PACT), coaching ESDM.</p> <p>Guidance parentale.</p> <p>Participation à certains bilans, certaines activités thérapeutiques suivant l'indication et les circonstances.</p> <p>Groupes de formation et d'information.</p>

MDPH= Maison départementale des personnes handicapées ; CRA=Centre de ressource autisme ; PSI= pratique de soins intégrative;  
PACT=pediatric autism communication therapy; ESDM=early start Denver model;

<b>Tableau 8. Activités liées au domaine somatique et pharmacologique</b>			
<b>CONTEXTE GÉNÉRAL</b>			
<b>Domaines-Dimensions / Description</b>	<b>Hypothèses de fonctionnement / Cible</b>	<b>Principes thérapeutiques</b>	<b>Activités-Ateliers</b>
<p><b>Somatique et pharmacologique</b></p> <p>Difficulté de la personne avec autisme à accéder aux soins.</p>	<p>Les comorbidités médicales sont fréquentes.</p> <p>Fréquence des troubles du sommeil et de l'alimentation.</p> <p>Incapacité à exprimer ses ressentis : gêne, inconfort, douleur ; difficultés à accepter le changement, les situations nouvelles, atypicité des perceptions sensorielles, anomalies de la construction du schéma corporel. Dans ces cas, l'expression passe souvent par des réactions difficiles à gérer pour l'entourage : cris, agitation, etc.</p> <p><b>Cible</b> : diagnostiquer les troubles somatiques.</p>	<p>Contribuer à améliorer l'accès aux soins pour les enfants autistes.</p> <p>Sensibiliser les professionnels de la santé et créer des réseaux pour la reconnaissance d'une éventuelle comorbidité médicale et l'accès aux soins.</p>	<p>Reconnaître et traiter un problème médical si nécessaire.</p> <p>Explorer, traiter les co-morbidités somatiques.</p> <p>Prévention avec un suivi régulier (dentaire, ORL, ophtalmologique, pédiatrique). <b>M3</b></p>
<b>PROPOSITIONS D'INTERVENTIONS SPÉCIFIQUES</b>			
<p><b>Suivi somatique</b></p>	<p>Devant tout trouble du comportement non expliqué ou devant tout changement soudain de comportement, la douleur ou une pathologie somatique doit être envisagée.</p> <p>Aider l'enfant à s'exprimer sur la douleur et sur les signes somatiques.</p> <p><b>Cible</b> : vigilance sur l'état somatique.</p>	<p>Constitution d'une « check-list » à activer devant les modifications du comportement des enfants.</p> <p>Recherche des sources d'inconfort, de gêne, de douleur.</p> <p>Habituer l'enfant aux soins (hygiène, visite chez le médecin, le dentiste).</p> <p>Dépister les phénomènes d'hypersensibilité.</p> <p>Dépister la douleur pour la traiter.</p> <p>Dépister les troubles épileptiques.</p>	<p>Organiser un accès rapide aux soins médicaux.</p> <p>Habituer l'enfant aux visites médicales de routine. <b>M2</b></p> <p>Connaître les manifestations de la douleur chez l'enfant. <b>M3</b></p>

Domaines-Dimensions / Description	Hypothèses de fonctionnement / Cible	Principes thérapeutiques	Activités-Ateliers
<b>Suivi pharmacologique</b>	<p>La demande principale concerne les troubles du comportement, la mise en place du traitement n'est proposée qu'après une analyse fine de la nature des troubles et de leur fonction.</p> <p>Les troubles du comportement peuvent être invalidants et compromettre l'inclusion sociale et la vie familiale.</p> <p>Les troubles du sommeil sont fréquents.</p> <p>Les co-morbidités sont examinées.</p> <p><b>Cible</b> : prescription adaptée (bénéfice/risque).</p>	<p>Dans tous les cas de prescription, une discussion bénéfice/risque est discutée avec les professionnels et les parents. Il est recommandé de prendre en compte la souffrance de l'enfant, son indisponibilité à la prise en charge, l'épuisement de l'entourage, le risque d'éviction sociale.</p> <p>Les troubles psychiques associés sont évalués.</p> <p>Les troubles somatiques associés sont traités en lien avec le spécialiste et le médecin traitant.</p> <p>Tout traitement mis en place doit être suivi régulièrement sur tous les plans. Son intérêt doit être réévalué régulièrement afin de ne pas maintenir un traitement peu ou pas efficace.</p>	<p>Faire les prescriptions médicamenteuses nécessaires. <b>M1</b></p>

Tableau 9. Activités liées aux articulations intra et extra-institutionnelles			
CONTEXTE GÉNÉRAL			
Domaines-Dimensions / Description	Hypothèses de fonctionnement / Cible	Principes thérapeutiques	Activités-Ateliers
<p><b>Articulations intra et extra-institutionnelles</b></p> <p>La prise en charge mobilise de multiples intervenants, de fonction, de référence pratique et théorique différentes, appartenant au même ou à différents ensembles institutionnels nous amenant à des articulations complexes.</p> <p>Maintenir un parcours cohérent et coordonné, soutenu par les articulations.</p>	<p>Les articulations constituent le ciment des pratiques intégratives. Elles assurent la cohérence et la cohésion des soins et interventions, de la pédagogie et du soutien familial.</p> <p>Le dispositif de base est inscrit institutionnellement dans le territoire où l'enfant vit ce qui facilite la prise en charge des situations complexes.</p> <p><b>Cible</b> : construire et rassembler autour de l'enfant.</p>	<p>Les interventions de chaque professionnel font partie d'un système thérapeutique. La place de chacun est définie en termes de complémentarité, elle évolue en évitant la dispersion et la confusion.</p> <p>L'attention est portée sur l'enfant dans son développement et son épanouissement, sur les parents dans leur capacité à soutenir leur enfant tout en prolongeant leurs investissements.</p>	
PROPOSITIONS D'INTERVENTIONS SPÉCIFIQUES			
<p><b>Articulations internes</b></p>	<p>La sévérité des troubles de la communication et des troubles des relations sociales, les particularités du fonctionnement et les effets parfois destructeurs des processus autistiques sur la pensée et la vie psychique, confrontent encore plus intensément le soignant et l'équipe soignante à un travail sur ses contre-attitudes pour conserver leur fonction thérapeutique.</p> <p>L'institution a valeur de conteneur psychologique avec une dimension organisationnelle.</p> <p>Le travail institutionnel est un contenant qui relie l'individu à sa propre histoire et à celle des autres.</p> <p><b>Cible</b> : coordonner les intervenants.</p>	<p>Maintenir la cohérence d'un travail d'équipe à travers des temps de réflexion et d'élaboration : réflexions et consignation, supervision, synthèse.</p> <p>Maintenir un cadre prévisible, régulier, une reproduction d'activités quotidiennes, familières mais dans lesquelles le soignant apporte des écarts supportables qui permettent à l'enfant d'approprier la nouveauté, la réalité.</p> <p>La fonction thérapeutique se base sur la différenciation des espaces, de l'intérieur et de l'extérieur et de l'articulation des ces différences à travers la création de liens sous toutes ses formes jusqu'à la possibilité de la représentation, de la mise en récit. Ceci permet à l'enfant d'aborder le temps, l'espace, la causalité, l'absence, l'histoire et donc la pensée.</p>	<p>Synthèse. <b>R1</b></p> <p>Reprise, supervision. <b>R2</b></p> <p>Réunions cliniques (entre infirmiers/éducateurs avec ou sans un autre professionnel). <b>R3</b></p> <p>Formation. <b>R4</b></p>

Domaines-Dimensions / Description	Hypothèses de fonctionnement / Cible	Principes thérapeutiques	Activités-Ateliers
<p><b>Articulations externes</b></p> <p>Articulations avec les autres institutions : école, médico-social, CRA, MDPH, associations de parents, autres services sanitaires...</p>	<p>Les prises en charge des enfants autistes, indépendamment de l'histoire propre à chaque lieu de soin, de son organisation et de ses liens avec les réseaux locaux, évoluent vers des systèmes ouverts où il n'existe pas une institution ayant une maîtrise totale de la prise en charge mais un partenariat, sans cesse à renouveler, entre action de soin, éducative et pédagogique.</p> <p>Ce travail s'effectue avec un respect mutuel des compétences des partenaires. Le pédagogue n'est pas thérapeute, le thérapeute n'est pas pédagogue. Si des confusions de rôle s'installent, il y aura lieu d'analyser ce qui en résulte pour l'enfant, sa famille, les professionnels.</p> <p><b>Cible</b> : harmonisation entre partenaires.</p>	<p>Les rencontres sont précédées d'une demande d'accord avec les parents ; elles sont aussi l'occasion pour la famille et l'équipe d'affiner la place respective de chacun.</p> <p>Précision, au fur et à mesure, d'une chronologie et hiérarchie dans les objectifs de l'inclusion sociale et scolaire.</p> <p>La pédopsychiatrie se centre sur les fonctions et le développement du sujet et le médico-social se centre plus sur la relation sociale et l'adaptation du sujet à son environnement.</p> <p>Évaluation complémentaire parfois nécessaire effectuée par un CRA.</p> <p>Préparation d'un projet de vie de l'enfant et rédaction de certificats pour la MDPH.</p> <p>Soutien par les associations d'usagers et transmission de connaissances, pratiques.</p> <p>Soins, actions de prévention, bilans complémentaires par les PMI, médecins traitants, neuropédiatre, services de pédiatrie.</p>	<p>Échanges téléphoniques, courriers. <b>T2</b></p> <p>Réunions. <b>T1</b></p> <p>Attention particulière pour les liens réciproques. <b>T3</b></p> <p>Informé et accompagner les parents. <b>T4</b></p>

MDPH= Maison départementale des personnes handicapées ; CRA=Centre de ressource autisme