

EVALUATION DU PARCOURS DE SOINS DES ENFANTS AUTISTES EN SERVICE DE PSYCHIATRIE INFANTO-JUVENILE

L'EVALUATION DU PARCOURS DE SOINS DES ENFANTS PRESENTANT DES
TROUBLES ENVAHISSANTS DU DEVELOPPEMENT
(F-84.0, F-84.1) de 3 A 8 ANS EN SECTEUR DE PSYCHIATRIE INFANTO-JUVENILE,
HOPITAL DE JOUR OU CATTP

Ce travail a été réalisé par un groupe composé de membres de l'Association de Psychiatrie Infanto juvénile de Bretagne APIJB et de l'Association pour l'Evaluation et la Formation Continue des Psychiatres AEFPC, groupe présidé par le Docteur M. SQUILLANTE, CHU Brest

Pour l'APIJB :

- Docteur F. BARON, CH Quimper
- Docteur C. CHEVREUIL, CH Rennes
- Docteur J. DUPIN, EPSM Saint Avé, Vannes
- Docteur A. FAVE, CHU Brest
- Docteur G. GUEGANT, CH Saint Briec
- Madame J. LE BORGNE, Cadre Socio-éducatif, CHU Brest
- Docteur O. LE MARREC, EPSM Saint Avé

Avec la collaboration de J. LEDUC au cours de son internat (2009-2010)

Pour l'AEFCP :

- Docteur N. GARRET-GLOANEC, Nantes
- Docteur F. ROOS-WEIL, Paris

Documentation : ASCODOC PSY– Madame N. BERRIAU

Origine du projet

L'association de Psychiatrie Infanto-Juvenile de Bretagne fédère, depuis des nombreuses années, un bon nombre de pédopsychiatres hospitaliers de la région, favorisant des échanges cliniques et institutionnels. Elle est reconnue par les instances régionales de santé et sollicitée à plusieurs titres : comité technique de l'autisme, élaboration du SROSS, du PRIAC etc.

Un de nos axes de travail depuis 1997, suite au premier plan autisme, a été l'autisme et un « réseau autisme » s'est créé dans le but d'actualiser nos connaissances et de faire évoluer nos pratiques.

Des nombreux échanges ont eu lieu avec d'autres professionnels : généticiens, neuropédiatres, orthophonistes, centre ressource autisme, psychomotriciens, enseignants etc pour traiter du diagnostic, de l'annonce, des prises en charge.

Notre premier objectif a été celui de travailler autour d'un protocole de démarche diagnostique qui s'est révélé très proche de celui élaborée par la FFP (2005) sous l'égide de l'HAS.

A partir de 2007, nous avons décidé de nous atteler aux différentes modalités de prise en charge en secteur de Psychiatrie Infanto-Juvenile, à partir du constat de la nécessité de mieux les formaliser, de réfléchir à leur diversité, de rendre compte de nos choix thérapeutiques en lien avec les débats existants, et d'apporter des réponses aux questionnements des parents et des partenaires. Nous nous sommes appuyés sur l'évaluation des pratiques professionnelles pour formaliser un projet d'évaluation intitulé :

Évaluation du parcours de soins des enfants autistes entre 3 et 8 ans dans les secteurs de Psychiatrie Infanto-Juvenile

En raison de la complexité et de l'ampleur de la tâche, de l'absence de modèle, le groupe de travail qui s'est constitué au sein de l'APIJB a fait appel à l'AEFCP, organisme agréé auprès de l'HAS et appartenant à la FFP (Dr N. GARRET-GLOANEC et Dr F. ROOS-WEIL) ainsi qu'au Dr M. B. COUTTE, médecin santé publique au CHU de Brest et référent régionale de l'HAS pour la Bretagne.

Nos objectifs de départ étaient ceux :

- de décrire, préciser formaliser nos modalités de prise en charge sous l'aspect clinique et théorique
- d'améliorer nos outils de soins
- de les rendre plus lisibles pour les parents et les partenaires
- de diminuer la variabilité des prises en charge
- de contribuer à l'élaboration de recommandations sur la prise en charge de l'autisme.

Choix de la méthodologie

Nous nous sommes inspirés de la méthodologie du chemin clinique, qui s'appuie davantage sur le consensus clinique et moins sur la littérature à haut niveau de preuve.

Dans le constat, première étape de la méthodologie nous mettons en évidence le fait qu'il n'existe pas, sur ce thème, de recommandations ni de conférences de consensus, mais grâce au réseau autisme que nous animons nous avons acquis une certaine reconnaissance. Celle-ci nous a permis avec l'aide de l'AEFCP de nous engager dans une procédure ayant comme objectif la formalisation d'un parcours de soins optimal qui puisse rester assez souple et s'adapter à des différences de contexte.

Nous avons ensuite poursuivi par la définition de la population et la description des différents domaines de prises en charge.

Définition de la population

L'autisme est un trouble envahissant du développement (selon la CIM 10) dont la prévalence est actuellement estimée de 1,7/1000 à 4/1000 pour l'autisme infantile et de 3 à 7/1000 pour l'ensemble de la catégorie « troubles envahissants de développement », on en déduit, donc, qu'il s'agit d'une pathologie fréquente dans nos services.

Au regard de la population nous avons retenu les enfants âgés entre 3 et 8 ans, car à cet âge le diagnostic est, en général, établi. C'est également dans cette tranche d'âge que le nombre d'enfants pris en charge en secteur est le plus élevé, on assiste ensuite autour de 8 ans à leur orientation vers le secteur médico-sociale.

Ces enfants rentrent dans les catégories de la CIM 10 correspondant à F84.0 et F 84.1, dont le diagnostic avec l'ensemble des bilans qu'il comporte (FFP 2005) a été effectué au sein d'un service de psychiatrie infanto juvénile, d'un CMPP, d'un CAMSP ou d'un centre de ressource.

Description de la prise en charge

Nous nous sommes donnés comme objectif, après un temps de discussion, échange et réflexion de décrire nos actions soignantes dans les différents domaines correspondant à la symptomatologie de l'autisme, cette description s'est faite en tenant compte de données de la

littérature, de l'expérience clinique et des conceptions théoriques largement partagées au sein de nos équipes pluriprofessionnelles.

Nous avons formalisé dans une seule rédaction, à partir de l'expérience partagée et enrichie et par les données de la littérature validée, (niveau consensus professionnel), les différentes actions soignantes qui devraient se réaliser et s'articuler tout le long d'un parcours de soins optimal.

Les domaines impliqués dans le soin, délimités par nous à partir de la description clinique classique de l'autisme, des contributions des classifications des maladies (CIM 10, CFTMEA, DSM4) ainsi que de la classification internationale des fonctionnements (CIF EA), sont les suivants :

Sensori-moteur

Communication

Sphère émotionnelle, angoisse et comportement

Cognitif/Pédagogie

Éducatif/Autonomie proximale

Socialisation/Autonomie distale

Ressources familiales

Suivi somatique et pharmacologique

Articulations internes et externes

Pour chaque domaine nous avons mis en évidence :

- Un corpus commun à la pédopsychiatrie résultant des articulations possibles entre les différentes lectures de la symptomatologie et du fonctionnement autistique à partir de notre expérience, du bagage théorique en lien avec la formation et la littérature disponible.
- Une objectivation du profil de l'enfant, de ses compétences par rapport à chaque domaine nous permettant de déterminer et argumenter nos choix en terme d'interventions de soins les plus adaptés : observation clinique, échanges avec la famille et d'autres professionnels connaissant l'enfant, bilans standardisés.
- Des interventions thérapeutiques en définissant pour chacune d'entre elles le cadre et le contenu en lien avec les objectifs retenus. Nous avons mis en évidence l'importance donnée à la qualité de la relation soignante, au delà des compétences spécifiques (éducateur, infirmier, orthophoniste psychomotricien, psychologue, enseignant, aide soignant). Le dénominateur commun c'est l'attention aux manifestations de l'enfant, leur prise en compte, leur décodage dans le but d'aider l'enfant à acquérir des outils pour mieux se percevoir lui même et percevoir le monde environnant.

Pour chaque domaine nous avons rédigé un texte long détaillant l'ensemble de notre démarche et une version abrégée qui se termine par une fiche comportant des

recommandations vis à vis desquelles un avis au sujet de leur pertinence est demandé aux équipes désignées comme lecteurs.

Suite aux avis, critiques, suggestions et commentaires reçus nous avons corrigé notre écrit pour aboutir à une forme, objet de plus grand consensus qui pourra servir de base à une démarche d'évaluation par les différentes équipes des secteurs de Psychiatrie Infanto Juvénile.

Considérations générales

Nous nous sommes heurtés au cours de l'élaboration de notre travail à un certain nombre de difficultés pour délimiter notre objet d'étude, ainsi que dans la mise en œuvre pour arriver à décrire le processus de soins de manière précise et accessible, tout en prenant en compte la globalité de l'approche en psychiatrie infanto juvénile et la complexité du processus.

Nous avons essayé de concilier une prise en compte par domaine, qui seule nous permettait d'approfondir les connaissances générales et leur déclinaison dans les projets spécifiques, et d'insister sur la plus value apportée par l'approche institutionnelle en terme de cohérence, d'évolutivité et d'articulations entre les prises en charge et l'environnement de l'enfant.

De manière générale, nous avons essayé de mettre en évidence plusieurs éléments fondamentaux de la prise en charge en secteur de psychiatrie infanto juvénile :

- La prise en compte de l'ensemble des manifestations de l'enfant, dans leur dimension subjective et intersubjective.
- La prise en compte, dans l'élaboration du projet thérapeutique, du rôle essentiel des parents et de la place de l'enfant en tant que sujet social. Le projet est individuel « sur mesure » selon les besoins de l'enfant, élaboré en collaboration avec ses parents, le soutien à l'intégration ou à l'inclusion sociale fait partie de nos priorités, conformément aux indications contenues dans les successifs plans Autisme et dans la loi de 2005.

Il est également important de nous assurer de la continuité du parcours de l'enfant en préparant et en accompagnant les étapes successives de sa trajectoire.

L'accent sur l'aspect institutionnel de la prise en charge, la pluriprofessionnalité, l'articulation des observations, des points de vue, des approches, apporte à l'enfant un plus en terme de cohérence de projet, d'adéquation des aides à son niveau de développement, à ses émergences, à ses particularités, à son évolution. La cohérence du projet, son adaptation à l'évolution de l'enfant fait l'objet de révisions régulières au moins une fois par an au cours de la synthèse ou étude de cas. La synthèse permet de manière formalisée et écrite la mise en commun de l'observation et de la prise en charge de l'enfant et donne des pistes pour la poursuite de son projet.

La prise en charge sanitaire en pédopsychiatrie favorise également une plus grande accessibilité à la prise en compte de l'aspect organique des soins, des relations quotidiennes de travail nous rapprochant des services de pédiatrie des centres hospitaliers.

La prise en charge de l'autisme est, la pédopsychiatrie le sait, longue et difficile, exige disponibilité, engagement personnel, compétences spécifiques. Appartenir à une équipe est gage de plus grande préparation et ajustement.

Cet aspect institutionnel permet aussi la prise en compte de l'évolution des connaissances, l'information et la formation à des pratiques autres, le croisement des approches, l'intégration de différents points de vue, l'élargissement de la pluriprofessionnalité des équipes : infirmier, aide soignant, psychologue, assistante sociale, orthophoniste, psychomotricien, mais aussi éducateur, ergothérapeute, enseignants, neuropsychologue.

L'aspect institutionnel, c'est à dire cette articulation d'interventions spécifiques, permet également une plus grande adaptation de la prise en charge aux particularités de l'enfant, et de ses besoins. L'approche est graduée, évolutive dans le temps, s'exerçant du soin individuel, en présence ou non des parents, aux petits groupes, aux ateliers divers. L'ensemble constitue une large palette dans laquelle la créativité des soignants se déploie grâce à l'entraide, à la transmission des connaissances rendue plus facile au sein d'une organisation collective.

La base sur laquelle repose cette approche étant la relation soignante, avec ses caractéristiques particulières, l'enfant trouve face à lui une personne qui, au delà de ses compétences spécifiques, est attentive, disponible, en empathie avec lui pour le comprendre, donner sens, transformer ses attitudes en signaux communicables et partageables dans le but de diminuer son isolement et soulager sa souffrance. C'est la raison pour laquelle nous n'avons pas, de manière distincte, détaillé le rôle de chaque intervenant, ne pouvant nous départir de notre postulat de base qui est celui d'une équipe de soins soudée autour d'un projet de service dans le respect de la spécificité et de la compétence de chaque professionnel, animée par un pédopsychiatre praticien hospitalier qui en assume la responsabilité médicale.

Les services de Psychiatrie Infanto Juvénile sont de plus en plus dans une dynamique de coopération et partenariat avec l'ensemble des services de droit commun ou spécialisés qui interviennent auprès des enfants, ainsi les articulations externes pour assurer la continuité de la prise en charge font partie intégrante de tout projet de soins. Un nombre important des prises en charge ne relève plus de la seule pédopsychiatrie hospitalière, elles peuvent être organisées en complémentarité avec le médico-social ou l'éducation nationale, nous permettant ainsi d'être proche d'autres cultures et d'autres procédures, et in fine rendre plus fluide les passages d'une structure à l'autre.

Au regard des objectifs de départ, il nous semble avoir contribué à rendre plus lisible et donc plus transmissible nos conceptions, nos projets de soins et nos interventions. Nous avons voulu contribuer à la formalisation d'un parcours qui se voudrait optimale et qui peut servir

de base d'amélioration de nos pratiques tout en s'articulant aussi à la réalité des moyens, à la pluralité des missions que les politiques de santé nous indiquent.

Déroulement de la démarche

C'est au cours de l'assemblée générale d'avril 2007 que nous avons décidé de nous engager dans ce travail et de donner vie au groupe de travail. Nous avons consacré deux réunions en octobre et décembre 2007 pour délimiter notre objet d'étude et notre démarche. Chacun de nous s'est ensuite attaché à rédiger un domaine selon le plan établi, et au cours des réunions successives une lecture commune a permis de confronter nos pratiques, nos présupposés, nos cultures, des discussions riches et parfois contradictoires reflétant les débats qui nous entourent, ont constitué le contenu de ces réunions.

Nous nous sommes réunis quatre fois au cours de l'année 2008 et autant au cours de l'année 2009. Les Dr Garret-Gloanec et Squillante se sont chargées de la rédaction finale dans le but d'harmoniser le plus possible les différents chapitres et de présenter une sorte de résumé sous forme de fiches et de les compléter par une liste de recommandations relatives à chaque domaine.

Nous avons, après une dernière lecture par le groupe de travail, demandé à quatre équipes de notre région Brest, Quimper, Saint Briec, Rennes de lire l'ensemble du document et remplir les fiches des recommandations, ainsi que le questionnaire, proposer des rectificatifs.

Nous avons également sollicité pour nous faire part de leurs commentaires : le Dr G Dupuis, responsable du CRA Pays de Loire, le Dr M Charlery, chef de service de St Gemmes sur Loire, Yann Rollier directeur du Creai de Bretagne, l'Adapei du Finistère.

Au cours d'une réunion en fin avril 2010, les différents commentaires ont pu être présentés, débattus et notés et ont donné lieu à une dernière correction du document.

Les équipes nous ont fait part du fait que ce document rend compte de l'ensemble de la prise en charge des enfants relevant de l'autisme dans nos secteurs, on a noté une plus grande convergence au niveau thérapeutique qu'au niveau des bilans. Ceux-ci demandent des formations spécifiques, qui ne sont pas toujours compatibles avec les programmes de formation et les budgets hospitaliers. La culture sous-jacente à la démarche de bilans objectifs n'est pas encore une culture totalement partagée. A plusieurs reprises les équipes ont signalé les difficultés de recrutement des orthophonistes, des psychologues ayant des compétences en neuropsychologie. Ainsi que certaines difficultés liées à l'agencement architecturale des services, au nombre d'enfants accueillis, et à leurs différentes problématiques. Des corrections nous ont été apportées sur telle ou telle formulation concernant la théorie ou la thérapeutique.

Nos collègues nous ont fait part de l'intérêt d'une lecture commune au sein d'une équipe de soins, cela a permis une réflexion commune sur la pratique, sur le déroulement du parcours

de soins, sur la possibilité d'envisager à partir du document des actions d'amélioration de l'organisation des soins au sein des unités.

L'association des parents nous a fait part de la lisibilité du document et d'une exhaustivité qui ne correspond pas toujours à la réalité de la prise en charge.

Les Dr Charlery et Dupuis ont commenté positivement notre démarche et du point de vue des professionnels et du point de vue des familles, ils ont insisté pour qu'on y ajoute une partie générale dans le but de donner cohérence à l'ensemble de la démarche, ce que nous avons essayé de faire dans cette version définitive. En revanche, il nous est plus difficile prendre en compte, comme il nous l'ont conseillé, les attentes de l'HAS qui répondent elles à des méthodologies plus complexes et plus exigeantes en terme surtout de littérature à haut niveau de preuve. A cet effet nous n'avons pas détaillé un parcours en termes d'évaluations standardisées, d'étapes obligées. Nous avons une bibliographie générale mais nous n'avons pas à chaque fois référencé nos propos.

Mr Rollier, outre l'intérêt du document, nous a fait part de la pertinence du choix des domaines de fonctionnement en relation à ceux qui sont pris en compte dans le projet de vie. Il a également noté que ce document peut être une base de travail pour les équipes des structures médico-sociales qui prennent en charge des enfants présentant des troubles envahissants du développement.

Vous trouverez ci-joint :

La Version longue

La version courte et les fiches d'avis à coter

La note explicative

Une conclusion

VERSION LONGUE

DOMAINE SENSORI-MOTEUR

1 - Corpus partagé

Les troubles sensoriels et moteurs font partie du tableau sémiologique de l'autisme dès la description de Kanner. Leur repérage et leur prise en compte n'a cessé de croître au cours des années à la faveur d'une plus grande expérience et connaissance des diverses manifestations qui articulent le développement moteur, affectif et cognitif.

Dans le domaine sensori-moteur il faut souligner l'importance de la réception et de l'intégration des sensations, premiers pas de la perception qui est l'organisation de celles-ci dans le but d'aboutir à la représentation de soi-même et du monde, ce qui ne peut se faire sans un environnement affectif adéquat.

La réception et l'intégration des sensations sont altérées de manière diverses chez l'enfant autiste. Plus les altérations débutent tôt, plus les conséquences sont notables pour le développement.

Leur signification s'est enrichie, au fur et à mesure, d'approches diverses dont deux essentielles et complémentaires qui contribuent à augmenter notre compréhension ainsi que sa traduction en outils de prise en charge. Celle des sciences cognitives pour lesquelles les troubles sensoriels et moteurs traduisent un défaut dans le recueil et le traitement des informations donnant lieu à une manière différente de percevoir soi-même et le monde. Le substrat de ce défaut se situe sur un plan probablement neurobiologique.

Celui de l'approche psychodynamique qui situe ces anomalies sur un plan relationnel, considérant les différents troubles sensori-moteurs comme une défense à des expériences très précoces et intolérables.

Ces deux hypothèses se rencontrent au niveau des descriptions : le démantèlement de Meltzer rappelle la non-congruence possible de deux ou plusieurs canaux sensoriels ; la captation dans une seule sensation rappelle les notions d'adhésivité, (E. Bick) de trou noir (F. Tustin) ; la notion de non intégration du schéma corporel rappelle la notion d'espace dans la construction du Moi corporel de G. Haag.

2 - Description sémiologique

A - Domaine sensoriel

1 - Sur le plan auditif :

L'enfant peut entendre trop ou pas assez, à différencier par le bilan auditif d'un déficit sensoriel. On note une sélection de certains bruits, sons, selon la tonalité et l'intensité. Parfois on observe des réactions paradoxales: il peut entendre un son d'une tonalité très basse et pas un autre à une tonalité ordinaire. Certains sons ou bruits peuvent être très effrayants entraînant des réactions de défense, d'évitement avec agitation, angoisse, à l'inverse on assiste aussi à la recherche d'un même son de manière exclusive et répétitive. Parfois il semble s'envelopper et s'isoler par son propre bruit.

2 - Sur le plan visuel :

L'évitement du regard se retrouve constamment dans la sémiologie de l'autisme. L'enfant autiste utilise peu la vision centrale à la faveur de la vision périphérique. Il approche donc l'objet de côté, avec le coin de l'œil d'abord. Il a une préférence pour la partie basse que ce soit au niveau du visage ou des objets.

Beaucoup de descriptions existent au sujet des particularités du regard : il ne fixe pas, semble toujours aller au-delà. C'est un regard qui apparaît parcellaire, qui favorise le détail par rapport à la globalité. La direction et l'objet du regard sont indéfinissables.

Toutefois l'environnement et les éléments de celui-ci sont regardés, enregistrés, l'enfant se constitue des repères qu'il cherche inlassablement à retrouver (immuabilité).

On sait que la vision est un des sens qui a un rôle fondamental dans la perception et dans le processus de la représentation.

On sait aussi que le regard est à la base de l'attention conjointe.

3 - Du point de vue tactile :

En ce qui concerne le toucher de l'autre : souvent l'enfant autiste évite le contact par le toucher car il a une irritabilité tactile ou hypersensibilité grâce à laquelle il tend à se défendre par la mise à distance. On voit aussi qu'il marche souvent sur la pointe des pieds, frôlant la terre.

Dans certaines situations il semble préférer des pressions fortes, des enveloppements, des massages énergiques, sorte d'enveloppe de sécurité, de contenance qui doivent réveiller des sensations proprioceptives plus profondes.

En ce qui concerne son propre toucher, l'enfant en général, efflore, peut toucher avec le dos de la main au lieu de la paume, peut explorer, toucher l'autre sans faire trop de différence avec lui-même, il va chercher par exemple les orifices ou prendre la main de l'autre pour qu'il

effectue une action à sa place.

En ce qui concerne les objets : il peut se fixer sur l'objet souvent dur, en retirer des stimulations qui vont être répétées. La réaction à la douleur est souvent très paradoxale, parfois il semble ne pas la ressentir, parfois il semble la rechercher et se la procurer.

On peut décrire des réactions de certains enfants au changement d'habits, au déshabillage ou à l'inverse une recherche de dénudement, qui témoignent d'un besoin d'une deuxième peau ou besoin de sensations fortes directement à la surface du corps.

4 - Goût :

On remarque assez souvent des anomalies en plus ou en moins mais surtout des particularités caractérisées par des évitements à la texture, à la couleur, à la consistance de certains aliments ce qui donne lieu à des réactions de défense parfois très angoissantes.

5 - Odeur :

Les signes sont plus difficiles à repérer, l'enfant flaire, recherche certaines odeurs comme les odeurs corporelles qui renvoient probablement à des préoccupations archaïques.

6 – Conclusion :

Ces anomalies sensorielles s'expriment en plus ou en moins, donnant lieu à une hypersensibilité ou à une hyposensibilité ou à des particularités.

Elles peuvent déclencher :

- des évitements dans le but de se défendre,
- une recherche répétitive de la stimulation dans laquelle le sujet s'enferme,
- une sorte de passivité, d'absence à l'environnement apparente ou réelle.
- une confusion dans les perceptions au regard du canal perceptif, de son intensité, de sa qualité.

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.

B - Domaine moteur :

En général, un retard psychomoteur important est indice d'un retard global et cognitif avec un pronostic défavorable.

Beaucoup d'enfants autistes ne présentent pas de retard important dans leur motricité mais plutôt des particularités dans leur développement.

Souvent, ils passent de la station assise à la marche sans passer par le quatre pattes. La marche se fait parfois sur la pointe des pieds, ils semblent ne pas prendre en compte les

obstacles. Une difficulté d'intégrer le centre de gravité et une recherche de postures impossibles, bizarres, inconfortables ou parfois totalement figées sont caractéristiques.

Le tonus musculaire est également perturbé

Ils présentent des anomalies gestuelles, des coordinations, des stéréotypies, des maladresses.

Cet ensemble de signes aboutit à des troubles de l'intégration de l'image du corps avec parfois un investissement de certaines parties au détriment d'autres, à des troubles de la représentation de l'espace avec parfois consécutive mise en danger, à une indifférenciation entre soi et l'autre, à des troubles de l'apprentissage de la propreté, à la difficulté d'interagir avec l'environnement et de rentrer en relation donnant une impression de corps "empêché", pas construit.

3 - Bilans

La mise en évidence des difficultés de l'enfant sur le plan moteur et sensoriel est plus particulièrement précisée au cours du bilan psychomoteur comprenant ou non le bilan sensori-moteur de Bullinger.

Il est possible de s'appuyer aussi :

- sur des items du PEP-R qui passent en revue des manipulations plus ou moins complexes
- sur des items de la Vineland (chapitre motricité)
- sur l'observation du quotidien

4 - Approches thérapeutiques :

Nombreuses activités sont organisées dans les services afin de travailler ces aspects corporels et sensori-moteurs.

Il est important de mettre en évidence, pour chaque activité, la 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.

Les activités se déclinent souvent en atelier : d'éveil sensoriel, de modelage (pâte à modeler), pataugeoire, cuisine thérapeutique, jeux moteurs et psychomotricité, à travers lesquels on amène l'enfant à des expériences sensorielles et motrices différentes, ainsi que à appréhender le plaisir de se mouvoir, découvrir, jouer et échanger avec autrui.

- Les ateliers d'éveil sensoriel proposent à l'enfant différents types d'expérience sensorielle dans le but de l'aider à les percevoir, les distinguer, les ressentir.
- 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.

- L'atelier cuisine favorise des expériences autour du toucher, du goût, de l'odorat et leur intégration globale.

- Ces différents aspects sont également travaillés au cours du quotidien du soin.

- La psychomotricité est une prise en charge proposée dans un cadre et dans un temps spécifique.

L'essentiel est la relation établie par le soignant : son attention, sa disponibilité, le respect du rythme de l'enfant dont ses moments de repli, mais aussi la capacité de saisir le temps où un changement est possible, où une limite est acceptable. L'accompagnement verbal émotionnel, le décodage, la mise en scène permettent à l'enfant de transformer peu à peu les sensations brutes en émotion et d'accéder à une prise de conscience.

DOMAINE DE LA COMMUNICATION

1 - Corpus partagé et description sémiologique

Le langage est le reflet des capacités relationnelles et symboliques.

Les altérations qualitatives et/ou quantitatives de la communication font partie de la définition même des syndromes autistiques selon les différentes classifications la CIM10 la CFTMEA, le DSM IV. Leur spécificité reste l'objet de débat pour ce qui est des troubles du langage verbal (inversions pronominales, écholalie, incompréhension des métaphores...) et leur origine fait l'objet d'hypothèses variables (génétiques, neuro-développementale, cognitive, psychodynamique).

Les modes de communication non-verbale sont également entravés à des degrés variables (mimes, gestes symboliques, pointage, regard, mimiques, postures, distance, jeux de faire-sembler, dessins...). D'aucuns considèrent ces altérations comme un trouble global concernant l'ensemble des fonctions symboliques (ou de représentation), à des degrés variables. La dimension pragmatique du langage est le plus souvent perturbée, y compris chez les personnes qui souffrent d'un syndrome d'Asperger.

Le développement du langage tant du point de vue de sa qualité que de sa richesse est indicateur d'évolution de l'autiste et de son intégration sociale.

2 - Bilans

Le bilan orthophonique s'attache principalement à repérer les niveaux de compréhension et d'expressions verbales, ainsi que les modalités d'utilisation du langage dans la relation à l'autre ; ce bilan fournit des éléments essentiels pour l'adaptation du niveau de discours à tenir à l'enfant ; en fonction de l'âge, pourront également être observées les capacités d'imitation, de reconnaissance des émotions, des situations sociales, de représentations des émotions et pensées d'autrui. Plusieurs échelles ont été développées pour évaluer les capacités de communication de l'enfant autiste (ECSP, grille d'observation de Wetherby et Prutting). Les tests orthophoniques non spécifiques sont utilisés pour déterminer le niveau de langage expressif et réceptif : les conclusions doivent être prudentes compte tenu de l'évitement de certains enfants et il est nécessaire souvent de procéder à des réévaluations régulières.

Cette évaluation s'appuie également sur les observations complémentaires des parents (en situation naturelle, souvent moins anxiogène), éventuellement de l'enseignant et sur le

déroulement des séances de prise en charge individuelle ou en groupe. Ainsi vont pouvoir être affinées certaines questions : l'enfant s'appuie-t-il sur le contexte, l'observation, pour compenser une compréhension verbale défaillante ; les refus de l'enfant témoignent-ils de son angoisse ou d'une véritable incompréhension ; cherche-t-il à compenser ses difficultés d'expression, par quels moyens privilégiés... ?

L'utilisation de la CARS, de la VINELAND (chapitre communication) est également à envisager.

3 - Actions thérapeutiques

A partir de ces constats sont mis 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 la nécessité d'utiliser les centres d'intérêts excessifs voire exclusifs de l'enfant, du moins dans un premier temps.

Les médiations utilisées sont donc fonction de l'enfant mais sans qu'il soit possible en l'état actuel d'avoir des recommandations précises. Les études d'évaluation portent en général sur des échantillons réduits, souvent sans groupe témoin. Les améliorations observées dans des procédures de tests sont rarement retrouvées en condition écologique

Par ailleurs les apprentissages dits « incidents » au cours des activités et relations quotidiennes gardent peut-être un rôle majeur ce d'autant plus que l'enfant autiste a souvent du mal à généraliser et à transposer ses expériences et acquisitions dans d'autres contextes. Ainsi les temps informels, hors de toute activité structurée, ne sont pas des temps perdus, à condition que l'enfant ne reste pas dans un isolement stérile.

Nombre d'enfants autistes ont initialement un langage très réduit voire absent et certains d'entre eux ne développeront aucun langage (50% selon des études un peu anciennes); des échanges réguliers avec les parents et entre les différentes structures s'occupant de l'enfant deviennent alors indispensables pour que l'enfant puisse avoir une chance de transmettre un message, de raconter des bribes de son expérience. Un carnet de liaison est souvent utilisé à cette fin, avec un support écrit mais aussi des images, photos ou dessins également compréhensibles par l'enfant qui peut être alors davantage acteur ; mais il peut également s'agir d'indices , de souvenirs (le coquillage de la promenade sur la plage...).

Les supports visuels sont privilégiés comme repères dans le temps et les activités (planning) avec une complexité croissante suivant les possibilités de l'enfant. Ils permettent souvent à celui-ci une meilleure anticipation et prévisibilité, avec un support stable auquel il peut de lui-même se référer. 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 ateliers de jeu et d'expression sont très souvent utilisés selon des modalités variables (Les ateliers ou activités proposés jouent bien entendu un rôle dans plusieurs domaines et il est un peu arbitraire parfois de distinguer ce qui est de l'ordre de la socialisation et de la communication) :

- mimes, comptines, chant
- jeux de faire-semblant
- ateliers marionnettes
- ateliers contes
- ateliers graphisme, peinture, modelage, écriture, BD...

Ces ateliers prennent en compte les aspects non verbaux du langage, les conditions d'émergence du langage et de la parole, dans ses fonctions d'échange, de dialogue, de partage d'émotions, dans une intermodalité permanente entre le visuel (mimiques, jeux « de coucou », regards, attention conjointe...), le sonore (mots, onomatopées, prosodie...), les échanges toniques et tactiles ; l'accordage affectif entre les deux (ou plus) partenaires, avec ses réglages subtils en terme d'optimum de nouveauté et de répétition, de rythme, de transposition modale va permettre, au travers du partage d'affect la naissance des toutes premières représentations (symbolisation primaire) et de l'intersubjectivité.

Chez l'enfant autiste cet accordage est beaucoup plus délicat : les signaux émis sont plus difficiles à décoder (y compris les stéréotypies et les rituels), le besoin d'immuabilité de certains nécessite une adaptation fine des variations pour être tolérable ; l'enfant en retour ne perçoit pas toujours bien les attentes et intentions d'autrui.

Jeux d'alternance, jeux de côte à côte, jeux sur le temps, le dénombrable et l'indénombrable viennent organiser le monde des représentations de l'enfant.

Les indications vont donc varier selon les intérêts de l'enfant mais aussi selon ses capacités représentatives ; ainsi l'introduction d'une figurine de loup (atelier marionnettes) ne peut être introduite tant que l'objet n'est pas quelque peu distingué de sa représentation (équation symbolique) sous peine d'angoisser excessivement l'enfant. L'atelier conte nécessite un accès minimum à la narrativité... ; des saynètes ou des histoires simples et concrètes seront donc parfois préférables initialement aux contes.

L'usage des supports multimédia est sans doute appelé à se développer soit pour un usage banal tout comme l'enfant ordinaire (jeux, logiciels de traitement de texte, d'image, recherches, communication...) soit pour un usage plus spécifique : reconnaissance de sons familiers, de mots, d'émotions complexes ou encore création de blogs, de forums destinés à des autistes de haut niveau ou des enfants Asperger qui trouvent parfois là un mode d'échange, de partage d'intérêts et de rencontres (ex : wrongplanet.net).

Les rééducations orthophoniques sont davantage proposées actuellement avec, au delà de la dimension technique, une attention toute particulière à la manière dont l'enfant utilise le langage dans la relation et l'échange, la mise en mot des émotions, la mise en forme du récit, sa transmission... Les travaux sur la « théorie de l'esprit » ont enrichi la pratique ainsi que l'accent mis sur les supports visuels. Le passage à l'écrit semble, chez certains autistes, favoriser l'organisation du langage oral tout comme chez l'enfant dysphasique.

Des jeux à visée plus rééducative sont également utilisés (praxies bucco-faciales) : jeux sur le souffle (bulles, bougies...), la motricité faciale (imitations de sons, de grimaces...), avec parfois l'intermédiaire du miroir (côte à côte).

Les psychothérapies psychodynamiques ou d'inspiration analytique varient quelque peu selon les théories qui les sous-tendent. Leurs indications semblent moins systématiques actuellement, davantage réservées à des enfants ayant un certain niveau d'expression et de représentation, quelles qu'en soient les modalités, et surtout lorsque l'enfant présente des manifestations d'anxiété. Elles visent, au travers de l'analyse des liens transférentiels (et contretransférentiels), à mettre en mots (ou en représentation) les mouvements affectifs de l'enfant et à se dégager progressivement des mécanismes de défenses autistiques et psychotiques qui entravent les processus de pensée et la relation à autrui.

Ces mêmes théories sont parfois prises à tort pour des théories étiopathogéniques et de ce fait décriées (sans doute par assimilation avec certaines thèses de B. Bettelheim) alors qu'il s'agit de théories du fonctionnement psychique de l'enfant ; l'implication de facteurs génétiques dans l'étiologie de l'autisme ne les invalident donc aucunement (plusieurs récits autobiographiques d'autistes viennent d'ailleurs confirmer certaines intuitions); elles restent donc une source essentielle de décryptage des manifestations de l'enfant, de redynamisation des équipes et des familles parfois soumises à des sentiments dépressifs d'impuissance, de vide, de non-sens ou d'agressivité.

Les modes de communication alternative ou augmentative. Outre l'aide à la compréhension qu'elles apportent à l'enfant, elles ont, au niveau expressif, plusieurs fonctions : répondre à une question, décrire un événement, dénommer, effectuer une demande.

L'intention de communiquer est un préalable et c'est bien ce qui va poser problème chez l'enfant autiste, contrairement à l'enfant sourd, IMC, trisomique...

Certains parents (ou équipes) peuvent être réticents à leur utilisation de crainte de retarder le développement du langage verbal et doivent être rassurés : les études montrent au contraire une meilleure acquisition du langage (par exemple les bébés oralisants de parents sourds et signants parlent plus précocement). D'autres n'en voient pas l'utilité car ils comprennent les messages, même rudimentaires, de l'enfant et ne perçoivent pas suffisamment les limitations de celui-ci.

Les systèmes utilisent soit le canal visuel, soit le canal gestuel, toujours accompagné du canal oral.

Le canal gestuel a certains avantages : le débit est moindre, les signes sont mieux individualisés que les mots, ils procurent un feedback visuel et kinesthésique, la mémoire des gestes se développe avant la production du langage (10 mois), aucun matériel n'est nécessaire.

Le canal visuel offre d'autres intérêts : il laisse une trace durable, peut être manipulé, favorise la catégorisation sémantique et grammaticale, sensibilise au langage écrit.

Les systèmes utilisés sont très nombreux mais en pratique, s'appliquant à l'autisme, trois d'entre eux sont principalement utilisés :

- Le PECS (Picture Exchange Communication System) a été spécifiquement développé pour les enfants autistes, avec une procédure codifiée, en 6 étapes (Bondy et Frost, 1994). Il a été introduit en France en 2002. L'accent est mis d'emblée sur les procédures de renforcement dans l'idée d'amener l'enfant à utiliser spontanément cet outil dans la communication (demandes, commentaires) et c'est sans doute la raison de l'engouement actuel. Il peut être utilisé dès l'âge de 18 mois, à partir des préférences de l'enfant et repose sur des pictogrammes.

- Le Makaton (1972, introduit en France en 1996) a d'abord été développé pour les enfants dysphasiques, déficients intellectuels, les handicaps physiques profonds ou multisensoriels puis également utilisé auprès des enfants autistes. Il associe la parole au langage signé et aux pictogrammes, avec 8 niveaux, le premier d'environ 450 mots correspondant aux besoins fonctionnels.

- Le Français signé (ou Anglais signé dans les études) : les mots oralisés sont signés en même temps et respectent donc la syntaxe orale (contrairement à la LSF qui est une langue à part entière). Certains signes ont une valeur iconique ("maison", "voiture"...), d'autres ont une valeur quasi universelle ("non", "manger") et sont donc faciles à apprendre et comprendre. La complexification du discours est infinie en théorie ; en pratique le répertoire des autistes irait de quelques signes à 400 environ. Les troubles de la coordination fréquents chez l'enfant autiste limitent les indications.

Ces trois systèmes restent peu utilisés en France, faute de formation des équipes et de moyens (2 adultes pour un enfant lors de la 1ère étape du PECS) ; toutefois, d'une manière moins formalisée, images, photographies, pictogrammes sont couramment utilisés ainsi que les gestes naturels et les mimes avec le risque cependant de ne pas développer un véritable moyen de communication alternatif chez les autistes non verbaux.

DOMAINE DE L'EMOTION, ANGOISSE ET COMPORTEMENT

1 - Corpus partagé

L'angoisse, les perturbations émotionnelles et les troubles du comportement consécutifs sont fréquents dans toutes les formes de l'autisme.

Leur présence n'est pas systématique mais plus fréquente qu'en population générale, source de souffrances pour la personne, son environnement et de difficultés majeures dans l'accompagnement, voire d'exclusion.

L'angoisse et le vécu émotionnel sont des états internes à la personne, le comportement en est une expression extérieure, résultante de multiples facteurs, qui doivent être explorés pour aboutir à la compréhension de celui-ci dans son sens et dans sa fonction pour la personne.

1 - L'angoisse peut être primaire ou secondaire résultat des particularités sensorielles et motrices de l'autiste (domaine sensori-moteur) ainsi que des perturbations de la cognition émotionnelle. On remarque à ce sujet des difficultés à donner forme aux ressentis, à identifier les émotions, les siennes ou celles des autres. Il est parfois possible pour eux de reconnaître les émotions sur une image et ne pas pouvoir les attribuer dans la réalité. Les capacités attentionnelles, qui, par leur fonction de filtre, participent à la modulation émotionnelle, sont souvent entravées.

La communication (domaine communication) est une autre fonction primordiale comme modulateur du comportement dans ses deux versants : la communication expressive sous forme verbale et non verbale et réceptive sous forme de compréhension verbale ou non verbale. L'altération jusque parfois l'absence de communication verbale provoque une exacerbation de l'expression comportementale.

2 - A partir de l'observation nous pouvons schématiser le vécu de la personne autiste pour mieux nous représenter son angoisse et son agitation. Imaginons que nous nous trouvions dans la situation d'être traversé de stimuli non identifiables, impossibles à sélectionner ou inhiber dont nous ressentirions certains avec une hyper acuité douloureuse. Si nous sommes incapables de déchiffrer les personnes qui nous entourent et qui émettent des messages verbaux et non verbaux incompréhensibles (gestes, postures, mimiques, expressions émotionnelles), si nous sommes dans l'impossibilité d'exprimer nos besoins, désirs, douleurs, inconforts ou d'agir directement sur le monde (inhibition du geste, signe du cube brûlant) et sans savoir combien de temps ça va durer, ni savoir ce qui va se passer après, comment allons-nous pouvoir nous sentir ? - angoissé, insécurisé agité.

De plus, pas seulement « soi » mais l'autre aussi est le plus souvent perçu, par le sujet autiste, comme morcelé (appréhension de l'objet partiel, intérêt pour les détails, difficultés à élargir son champ de vision, à percevoir la globalité). Les travaux se référant aux théories cognitives et psychodynamiques nous permettent de comprendre que l'accès à la notion de soi et à celle d'altérité est difficile et tardive ainsi que la différenciation soi/non-soi. N'ayant pas accès à l'intériorité du psychisme de l'autre, tout en possédant une grande acuité et mémoire visuelle, l'autiste perçoit et observe « la forme et l'explicite » et non « l'intention et l'implicite » du comportement, ce qui le met dans une situation d'insécurité et encore une fois à l'origine d'un ressenti d'anxiété, d'imprévisibilité. Il essaie, pour se protéger, de maintenir toute chose en l'état et d'exercer un contrôle sur le monde extérieur plus ou moins efficace et élaboré selon ses possibilités.

Le jeune autiste se transforme alors en « chercheur » en sciences du comportement. Il est très satisfait quand il découvre qu'il peut agir sur le monde matériel (il a grand intérêt pour les jeux interactifs virtuels) ce qui est un progrès par rapport à certains états d'inhibition. Il se découvre ensuite capable d'agir sur les personnes, « traitées » comme des objets.

De la même façon qu'il constate qu'en appuyant sur telle touche, il déclenche tel son, lumière ...il va chercher comment "mettre l'autre en route".

Il est souvent très intéressé par les expressions animées, sans forcément pouvoir leur attribuer une valence émotionnelle positive ou négative (il rigole quand on le gronde), il fait des liens de causalité erronés, à partir de la contiguïté dans le temps de l'apparition des phénomènes.

Attirer l'attention de l'adulte motive ses actions et les conséquences peuvent en être désastreuses : il se cogne la tête, un adulte arrive, le prend dans les bras, le console ce qu'il apprécie. Cet enchaînement d'actions peut se transformer en une recherche compulsive à la construction de laquelle l'adulte aura participé d'où la nécessité de réfléchir sur nos réactions comportementales immédiates.

Amusé et intéressé par les expressions vives des autres (cris, visages animés...) il n'en perçoit pas la dimension de communication.

L'autiste observe le comportement, en tire des conclusions purement physiques sans pouvoir introduire des modulations morales et émotionnelles.

Le retentissement du niveau intellectuel sur le comportement est aussi à prendre en compte, plus il a des ressources intellectuelles plus la modulation de ses comportements est observable.

1 - Description sémiologique

Les expressions peuvent être très variées dans leur forme et leur intensité. On décrit les crises de tantrum, souvent déclenchées par des frustrations et qui se manifestent par des

désorganisations physiques et psychiques, donnant lieu, parfois, à de l'auto ou hétéro-agressivité, des formes moins sévères avec pleurs, instabilité psychomotrice, et aussi de l'agitation, de l'hyperactivité. On peut également décrire des manifestations sur un versant d'inhibition, d'isolement et de passivité.

Les troubles fonctionnels qui affectent aussi bien le sommeil, l'alimentation, le transit intestinal font partie des expressions comportementales d'un malaise général.

Les stéréotypies sont fréquentes et envahissantes, elles peuvent être sensorielles, motrices, verbales, idéiques, concernant aussi bien le domaine de l'activité. Elles surgissent de façon préférentielle dans les moments de débordements, d'excitation joyeuse ou de frustration. Celle-ci peut être liée au fait que l'enfant ne comprend pas ce qu'on attend de lui à ce moment ou qu'il ne sait pas dire ce dont il a besoin. Les stéréotypies peuvent surgir aussi dans les situations de transition, de temps libres, moments où assez souvent l'enfant ne sait pas s'occuper. Il faut souligner que toute stéréotypie n'est pas un trouble du comportement, elle le devient quand elle assume un caractère de danger, envahissant, empêchant de s'intéresser à des nouvelles activités et apprentissages.

2 - Bilans

Se référer aux préconisations de bilans dans les autres domaines.

La prise en compte du comportement fait appel à une évaluation précise et mise à jour de l'ensemble du développement de la personne, de ses compétences, difficultés, émergence dans les différents domaines, étant donné l'importance d'offrir, à l'enfant, des propositions adaptées à son niveau pour qu'elles soient compréhensibles et donc recevables.

Analyse du comportement par l'observation du quotidien (familiale et institutionnelle) Il est possible dans les cas les plus sévères de s'appuyer sur des éléments de l'analyse fonctionnelle du comportement de Magerotte et Willaye.

3 - Actions thérapeutiques

Nous intégrons ces données à notre réflexion et cherchons à maîtriser et analyser notre comportement, ainsi que l'usage de notre regard, de notre voix et nos demandes vis à vis de l'enfant, pour éviter qu'il s'enferme dans des liens erronés. Source de renforcements de comportements inadéquats qui seront interminablement répétés car il ne dispose pas spontanément de moyens de rectifier son erreur, mécanisme qui favorise une évolution vers des troubles du comportement éventuellement redoutables de type auto ou hétéro agressivité.

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.

Les problèmes de comportement rencontrés les plus fréquemment sont les crises de colères (tantrum), la passivité, l'hyperactivité, les stéréotypies, la désorganisation psychique et physique.

Pour entrer en communication avec l'enfant, il est indispensable d'atténuer ces désorganisation et crises en créant un contenant sécure fait, entre autres, de repères fixes et parfois de différentes formes d'enveloppement (aussi bien physique que sonore, selon les particularité de chaque enfant..).

Il est nécessaire d'être attentif à la structuration du temps et de l'espace pour faciliter la perception de l'environnement et de la causalité des faits, de mettre tout en œuvre pour améliorer la compréhension verbale. Ces différentes stratégies améliorent chez l'enfant autiste le repérage des faits et de la réalité, lui permettent de s'appuyer davantage sur le contexte et de moduler ses émotions (limiter les colères).

Il est important d'aider l'enfant autiste dans ses petites constructions, ses petites inventions créées à partir de ses intérêts particuliers ou de ses modalités singulières de rapport aux objets de son environnement ou à sa propre voix, par exemple. Cela contribue à l'aider à organiser progressivement son monde, son environnement, à partir de ses intérêts particuliers et ce come une "fenêtre sur le monde".

Face à la passivité ou à l'hyperactivité, la dimension de la motivation réelle de l'enfant est un élément à considérer dans sa particularité, différente de la motivation sociale habituelle du fait du défaut d'altérité et de décodage émotionnel.

Au sujet des stéréotypies quand elles deviennent trop envahissantes, empêchant l'enfant d'investir d'autres activités, on essaie d'intéresser l'enfant à d'autres activités (dérivées) et aussi de lui proposer des temps au cours desquels il pourra se livrer à sa stéréotypie. Ceci nécessite la structuration de l'emploi du temps et l'usage d'un outil visuel.

Une certaine attention est portée à introduire sur ce fond structuré de petits changements, de petits imprévus.

Nous pouvons intervenir par rapport aux stéréotypies envahissantes de la manière suivante :

- signifier l'interdit clairement (peu de verbalisations, ton calme et déterminé visualisations si possibles)

- sans bénéfice latéral du type animation « intéressante » de l'adulte (se souvenir qu'il est par contre essentiel que l'enfant bénéficie d'un climat d'attention et d'émotions positives adaptées fournies par les adultes référents, ce n'est que sur ce « fond » que les propositions présentées peuvent avoir du sens)

- en proposant à l'enfant : une « localisation », lieux et temps où la stéréotypie est possible, une activité dérivée qui lui permette la satisfaction pulsionnelle qu'il recherche, mais d'une façon acceptable.

Ces interventions ont une dimension toujours réassurante et contenant pour l'enfant.

La douleur est également à l'origine de manifestations comportementales. L'enfant autiste ne l'exprime pas directement ou alors de manière paradoxale. Son existence est à rechercher, à calmer et ses causes à soigner.

Tout ce qui améliore la compréhension des besoins, des désirs, des inconforts a un impact sur la qualité de la vie de l'enfant et de sa famille.

La prescription médicamenteuse adaptée aux troubles du comportement est parfois nécessaire.

Il nous semble important de souligner dans la prise en charge des jeunes enfants l'attention à porter à la prévention des troubles du comportement par la mise en œuvre des moyens dans le but de développer la communication, l'autonomie, la diversification des investissements.

DOMAINE PEDAGOGIQUE

1 - Corpus partagé

Le développement cognitif, intellectuel et l'acquisition des savoirs fait partie intégrante du projet de prise en charge de l'enfant autiste. Il est acquis que le développement des capacités même de pensée, de création de liens, de catégorisations et de métaphorisation sont des points très importants dans le soin apporté à la personne autiste.

L'école étant le lieu de socialisation incontournable dans la représentation de ce qu'est l'enfant dans notre civilisation, lieu de citoyenneté et de reconnaissance d'appartenance à la communauté, nous nous devons de faciliter la mise en œuvre d'une pédagogie adaptée en fonction des spécificités cognitives, psychologiques, neuro-psychologiques, personnelles des personnes autistes, pour que se réalisent les aspirations des familles à la socialisation et à la scolarisation de leur enfant.

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.

Nous pouvons décrire des situations différentes pour la scolarisation des enfants autistes :

- La scolarisation provisoirement uniquement en hôpital de jour, justifiée par la sévérité des manifestations psychopathologiques qui nécessite l'application de méthodes spécialisées par des enseignants formés.
- L'intégration : temps partagé entre l'école ordinaire et une prise en charge spécifique dont les liens sont assurés par l'enseignant et l'équipe de soins
- L'inclusion : l'enfant est principalement à l'école (Cliss ou classe ordinaire, présence d'AVS) et les soins sont aménagés.

Toute pédagogie doit prendre en compte le degré de développement intellectuel et cognitif mais aussi psychoaffectif du sujet enseigné et à ce but la collaboration étroite entre le service de soins et l'école selon différentes modalités est nécessaire.

Quelle que soit la grille de compréhension utilisée devant les troubles de développement de l'enfant autiste, un certain nombre de points ont été repérés qui du fait de leur impact sur le fonctionnement de l'élève autiste sont à prendre en compte.

Ainsi il est nécessaire que les approches pédagogiques soient adaptées aux particularités repérées dans le fonctionnement cognitif et psychique des enfants autistes, la compréhension

de celui-ci s'appuie sur:

- des éléments issus des théories générales (psychodynamique, développementale, comportementale, cognitive)
- d'approches spécifiques concernant le fonctionnement psychique des personnes autistes : (théorie de l'esprit, fonctions exécutives, attention conjointe, imitation ou perception et expression des émotions, particularités de la sensori-motricité, image du corps...)

Caractéristiques reconnues chez l'enfant autiste en situation d'apprentissage:

A - Au niveau cognitif on repère :

- une difficulté à généraliser
- un traitement séquentiel plutôt que simultané de l'information: témoin, au niveau neuropsychologique, des bonnes performances de mémorisation. Le matériel est encodé de façon littérale, les sujets n'utilisent pas spontanément les caractéristiques sémantiques des mots pour en faciliter la mémorisation. Ceci explique aussi, en partie, pourquoi un certain nombre d'autistes acquièrent assez facilement la lecture, parfois seuls, en revanche l'acquisition du sens est beaucoup plus difficile. En terme neuropsychologique il est évoqué un recours préférentiel à la mémoire à long terme épisodique ou événementielle plus qu'à la mémoire à long terme sémantique.
- une focalisation sur les détails, une difficulté à la globalisation.
- une recherche du sens implicite est difficile.
- une psychorigidité ne permet pas les doubles sens ni les jeux de mots
- des fonctions exécutives défaillantes dans leur fonction de résolution de problèmes, d'anticipation, de sélection des données, de choix des actions et de planification ;
- des processus d'inhibition (bloquer une réponse automatisée) de flexibilité cognitive (processus d'adaptation cognitif) et de générativité qui seraient peu performants.
- un défaut de théorie de l'esprit avec, comme conséquence, la difficulté à se décentrer de soi même dans son propre raisonnement et dans la perception de celui d'autrui.

B- Au niveau psychoaffectif

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.
- Avoir une certaine capacité à tolérer la surprise, la frustration
- Avoir des capacités d'imitation, des possibilités d'autonomisation :
- Devenir capable d'apprentissage c'est pouvoir sortir de l'immuabilité.

Selon la gravité des troubles, on voit combien tous ces éléments peuvent être générateurs d'angoisse chez les enfants autistes.

2 - Bilans

- Psychomoteur : élément du schéma corporel et de l'image du corps (capacité à dessiner des formes fermées), l'accès au pointing protodéclaratif, marqueur d'attention conjointe
- Bilan pédagogique : dans le cadre de la structure de soins, outre les points forts et les points faibles du fonctionnement cognitif de l'enfant ce bilan peut mettre en évidence les angoisses qui se rattachent aux savoirs et/ou aux exigences de la vie collective
- Items du PEP r
- Bilan psychologique, WISC, WIPPSY, KABC
- Bilan orthophonique
- Observation clinique, il apparaît primordial que l'enfant soit capable de créer des liens entre objet-image-mot (ébauche de pensée symbolique).

3 - Actions thérapeutiques

Dans la pratique on constate que sécurisés, un bon nombre d'enfants autistes endossent leur "costume d'élève" comme un support identificatoire avec un effet positif et contenant.

Quels que soient les lieux de scolarisation certains repères doivent permettre aux enseignants de mieux travailler, et aux enfants d'être sécurisés, plus attentifs et moins angoissés.

A - Rendre l'environnement cohérent, sécurisant (on sait combien les moments de transition sont des moments de grande désorganisation chez ces enfants) pour cela il est souhaitable de :

1 - Structurer l'espace : la structuration de l'espace permet à la personne de mieux se repérer. Son anxiété baisse quand il a des repères solides, stables et précis. Il paraît intéressant de bien définir les espaces de travail ou de jeux, de repos ou de repas. Cependant il faut aussi favoriser les situations d'exploration d'espaces nouveaux afin de permettre la généralisation, ne pas s'enfermer dans la ritualisation.

2 - Structurer le temps: la plupart du temps l'enfant autiste ne possède pas de notion de temps (même si il peut nommer les dates, les jours, les mois, etc.) Il faut lui permettre de se forger une représentation du temps à l'aide d'horloges visuelles et de séquences. L'accès à la représentation d'un temps vécu reste cependant difficile (certains sujets Asperger décrivent leur vie comme une suite de dates repères, bornages temporels sans possibilité discursive sur l'entre deux) Les emplois du temps sont séquences.

B - Faciliter la communication et la compréhension par l'adaptation des supports et l'allègement des tâches :

1 - L'utilisation de supports visuels en appui à la communication: le support visuel permet surtout d'organiser la pensée et de bien intégrer l'information (à long terme). Le support visuel peut être de plusieurs types selon les capacités de la personne (objets, images).

Le support visuel donne du sens aux choses, surtout pour ce qui est implicite.

2 - Adaptation du matériel (ex demande d'ordinateur pour un enfant pour qui écrire est trop difficile.

3 - Adapter le langage au niveau de compréhension supposé : les double sens, le jeu de mot sont la plupart du temps incompréhensibles.

4 - Rendre l'abstrait concret : il est important de resituer le contextuel par des mots ou des images (pictogrammes, scénarios sociaux, lectures, ordinateur, etc.).

5 - Simplifier les apprentissages en fragmentant les étapes de l'exercice avant d'accéder à la totalité, les consignes sont séquencées et simplifiées, il est important que le plans de séance séquencée comporte un temps d'activité préférée en fin d'activité pour soutenir la motivation.

C - Respecter le rythme de fonctionnement de l'enfant (moments de repli, de pauses) pour prévenir les états de désorganisation.

DOMAINE DE LA SOCIALISATION

1 - Corpus partagé

Les troubles des interactions sociales constituent l'un des symptômes majeurs de l'autisme.

La socialisation est un processus progressif et cumulatif par lequel l'individu apprend et intériorise les normes et les valeurs dominantes de son environnement. Cela implique à la fois une appropriation active, intériorisée et une intégration sociale du sujet au sein de groupes familiaux, amicaux et scolaires, dimension altérée chez l'autiste.

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.

A partir de la description de L. Kanner en 1943 les perturbations des relations interpersonnelles sont reconnues comme constitutives de l'autisme. Les travaux des différents chercheurs et cliniciens se sont depuis lors enrichis et cernent mieux le fonctionnement psychique de ces enfants.

A - Le modèle psychodynamique

- Freud a mis en évidence le lien entre la vie psychique et la vie sociale en soulignant que le complexe d'Oedipe est le seuil fondamental pour aborder la socialisation. Le devenir des êtres sociaux implique le passage de la relation duelle à la triangulation, le renoncement à la toute puissance et l'intégration des interdits.

- L'école kleinienne postule dès le début de la vie l'existence de la relation d'objet. La psychose et l'autisme sont secondaires à l'impossibilité d'accéder à la position dépressive et à la relation d'objet total. L'enfant reste fixé à un stade précoce du développement psychique (position schizoparanoïde, clivage de l'objet en bon et mauvais objet, clivage du Moi, projection introjection, idéalisation, déni) rendant impossible une relation sociale normale.

- F. Tustin évoque l'illusion autistique pour expliquer la tentative de nier la discontinuité de l'environnement.

- D. Meltzer développe le concept d'identification adhésive d'E. Bick dans le cadre de l'autisme, (à l'inverse de l'identification projective qui amène à développer des émotions) à l'origine des phénomènes tels que l'écholalie, l'utilisation de la main de l'autre comme partie de son propre corps, etc. Ce concept rend compte de la difficulté à se construire en tant qu'être différencié dans les trois dimensions, (sujet sans limites et sans espace intérieur).

- J. Lacan a conceptualisé l'importance du tiers, c'est à dire la nécessité d'un manque dans l'Autre, lieu du désir, présent d'emblée dans le discours de la mère, ainsi mère et bébé ne sont pas pris dans une relation exclusive.

- M.C. Laznik : repère dans la pathologie autistique l'échec de la mise en place du « circuit pulsionnel complet » en raison de l'impossibilité d'accéder au troisième temps de la pulsion. Elle nous dit, à la suite de Freud et de Lacan que le premier temps de la pulsion est actif et le bébé poussé par la pulsion orale va vers le sein ou le biberon, le deuxième temps est réflexif, l'enfant prenant comme objet une partie de son corps, par exemple, son pouce, au troisième temps le bébé se fait lui-même objet d'un autre, se faire regarder et avoir du plaisir à se faire objet de jubilation de l'autre, sa mère.

- B. Golse souligne que l'autisme est un échec majeur de l'accès à l'intersubjectivité mais à des degrés divers, certains enfants se situent complètement en deçà de l'intersubjectivité, n'ayant aucune conscience de l'existence d'autrui, et on peut se demander s'ils ont un vécu de solitude car pour se sentir seul il faut éprouver le sentiment que l'autre nous manque. D'autres enfants, en revanche ont accès à une émergence de l'intersubjectivité, ils ont intégré l'existence de l'autre, distinct d'eux même, mais ils ne peuvent pas pour autant être dans le lien.

B- Le modèle développemental

Selon ce modèle développé d'abord par TB. Brazelton puis par D. Stern et C. Trevarthen l'intersubjectivité est conçue comme une donnée d'emblée liée aux compétences de l'enfant et de la mère qui s'enrichissent au fur et à mesure des interactions (accordage affectif, rythmes...)

C - Le modèle des sciences de la cognition

Les travaux des chercheurs étudiant les sciences de la cognition (S. BARON-COHEN et al., 1985, 1993) ont apporté une importante contribution à la compréhension du fonctionnement psychique des enfants autistes. La "théorie de l'esprit" est un mode de compréhension, de représentation du psychisme de l'autre, de ses affects, de ses pensées.

Les fondements théoriques sont les suivants :

- dès la naissance, le bébé possède des connaissances fondamentales sur les caractéristiques du monde qui l'entoure. Il a déjà un équipement rudimentaire qui lui permet de connaître des notions comme le temps, l'espace, la causalité. Il fait la différence entre les objets inanimés et les personnes. Peu à peu, sa confrontation avec le monde, lui apporte des représentations de l'extérieur de plus en plus riches, de plus en plus détaillées.

- A l'âge d'un an, un enfant est capable de se représenter mentalement des événements du

monde réel ; quelques mois plus tard, il élabore des jeux d'imitation, de “faire-semblant”; il devient capable de mentaliser.

- Cette élaboration/mentalisation sert à relier des événements à des comportements particuliers, à tirer des conclusions sur les causes et les effets et à en prédire la suite.

Les enfants autistes vont construire leur relation à l'autre probablement sans avoir accès à la théorie de l'esprit ou grâce à un accès plus tardif et/ou partiel, pouvant en conséquence se représenter de manière plus ou moins complète la croyance de l'autre, n'étant pas capables d'empathie, ne manifestant pas d'intérêt pour les états mentaux d'autrui. Ils prennent les comportements tels quels, sans pouvoir anticiper les réactions des uns et des autres.

Différents travaux ont porté sur la compréhension du monde par le bébé (ex: études portant sur les anomalies de la perception du visage humain, sur l'imitation) qui permettent de distinguer des mécanismes précurseurs à la théorie de l'esprit : capacité du bébé d'attribuer une intentionnalité aux partenaires familiaux sur la base d'anticipations de synchronie interactionnelle (J. Nadel).

Description sémiologique

Les signes des troubles de l'interaction sociale peuvent se décliner dès les premiers échanges, de manière très précoce par :

- le contact visuel (évitement du visage humain ou agrippement à des objets inanimés).
- le contact auditif (absence de manifestation lors de la perception de la voix d'un des membres de l'entourage proche).
- les difficultés d'ajustement tonico-moteur (accordage affectif).
- le sourire social. Son absence ou son expression rare.
- le manque de pointage et d'attention conjointe.

Au fur et à mesure du développement, les difficultés d'initier les interactions sont mieux repérées :

- l'exploration de l'environnement est défailante, privilégiant plus particulièrement les objets ou parties d'objets au détriment des personnes.
- l'imitation sociale est peu développée ou altérée.
- l'enfant autiste ne peut lire ses états d'âme et celles des autres.
- les modalités de la relation à l'autre sont particulières: un collage ou un retrait reflètent leur difficulté à se situer en tant que sujet différencié avec le corollaire de la problématique de séparation-individuation (angoisse, intolérance à la frustration, utilisation du corps de l'autre

comme outil).

- la recherche d'immuabilité de l'environnement (angoisse majorée face à tout changement) est une autre particularité.

Le retrait autistique se caractérise par une incapacité ou plutôt par une autre manière de situer l'autre et d'établir une relation interpersonnelle, un manque de réactivité aux autres ou d'intérêt pour eux. L'enfant autiste initie rarement le contact, ayant plutôt tendance à l'éviter, le refuser, le fuir. Il peut être inquiet, agacé, lorsqu'on le sollicite. Il n'utilise pas le contact oculaire pour solliciter l'attention de l'autre, l'évitement du regard se retrouve quasiment à chaque fois. Il 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 affectif.

Il n'initie pas de jeux, ne cherche pas à partager ses intérêts. Pour satisfaire une demande il peut utiliser la main de l'autre comme un prolongement de lui même.

En résumé, le principal symptôme qui amène souvent à la consultation est la difficulté pour les parents à entrer en contact avec leur enfant, et leur doute quant à la capacité de celui-ci à les reconnaître en tant que parents ou "individus différenciés". Le repli, l'isolement, l'autosuffisance sont aussi mis en avant durant ces échanges avec les parents et signent l'importance de l'altération des interactions sociales.

2 - Bilans

Avant d'envisager une aide spécifique, il semble important de rappeler le temps de l'observation pour comprendre le fonctionnement de l'enfant, et aussi le temps nécessaire à chacune des deux parties pour se connaître. L'élaboration du projet de soins individualisé, doit tenir compte de l'état actuel de l'enfant, et s'adapter aux évolutions successives.

Les différents bilans utilisés découlent de l'observation clinique et des échanges avec l'entourage.

On peut utiliser certains items de la Vineland, de l'ADOS, du PEP-R, CARS

3 - Actions thérapeutiques

- L'amélioration de la qualité des échanges, la compréhension et l'intégration des "codes sociaux", voire le plaisir lié à la relation, sont abordés à travers un grand nombre de situations au sein de nos structures de soins, situations qui peuvent être plus ou moins formalisées. Elles sont toujours séquencées mais aussi reliées par la mise en récit des absences et des discontinuités faisant en sorte que l'enfant s'inscrive dans une histoire temporelle et affective.

- Le temps de l'accueil où l'enfant apprend peu à peu à se repérer dans le temps et dans la structure, à différencier les adultes qui s'occupent de lui, à reconnaître son référent, et les autres enfants qu'il côtoie. On s'appuie sur des repères stables, éventuellement visuels, relationnels. L'organisation du temps se fait en séquences.

- Les premiers temps d'échange visent à faire prendre conscience à l'enfant de l'existence de l'autre. Divers médiateurs sont utilisés. Cela se passe souvent par une relation privilégiée avec un soignant. Ce n'est que secondairement que l'enfant peut interagir dans un petit groupe.

Petit à petit le travail thérapeutique autour de la socialisation apparaît davantage (jeux à tour de rôle, de mise en situation, de demandes adressées à l'autre...).

- Les temps d'activités qui sont support d'observation, d'apprentissages de la vie sociale varient selon les capacités de l'enfant. Elles développent les capacités psychomotrices (jeux d'adresse, parcours,...), les compétences (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, aident l'enfant à acquérir des habiletés sociales, leur donnant de l'assurance dans les actes de la vie quotidienne. On recherche aussi par différents supports et médiations à améliorer la compréhension des émotions et des intentions les siennes et celle des autres.

- Toutes ces activités peuvent se faire dans le cadre de temps individuel, de 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).Nombreux services proposent des séjours thérapeutiques, séquences de prise en charge au cours des quelles les différents aspects de la socialisation sont abordé: rapport à un environnement différent, à des personnes et à des situations nouvelles.

- Le temps du repas est un temps de compréhension et d'intégration de règles sociales, de conscience de soi, mais aussi de découverte alimentaire pour ces enfants qui ont souvent un rapport particulier à la nourriture.

- Les temps de rencontres avec les parents sont proposés de façon régulière afin d'échanger à propos de l'enfant dans le but d'élaborer ensemble les adaptations ou les aménagements les plus judicieux pour l'enfant, (ses progrès, ses difficultés, ses attitudes qui peuvent ou non être différentes suivant les lieux).

- Les temps de rencontres avec les autres partenaires s'occupant de l'enfant: enseignant, médecin scolaire et de PMI, etc... Ces temps d'échanges doivent être compris comme servant à généraliser à élargir la socialisation de l'enfant.
- Tout doit être mis en œuvre pour favoriser l'inclusion sociale de l'enfant dans le milieu ordinaire et en premier lieu l'école, et par la suite la soutenir.

DOMAINE EDUCATIF – AUTONOMIE PROXIMALE

1 - Corpus partagé

L'autonomie, l'étymologie grecque : auto (soi-même) et nomos (la loi) ; être la loi pour soi-même qui se confrontera à la loi et aux règles extérieures à travers l'éducation.

L'autonomie commence dès la naissance. En effet, le bébé explore l'environnement, il imite. Au fil des mois, l'enfant développe de nouvelles compétences qui évoluent au fur et à mesure qu'il grandit. L'éducation permet d'accéder à l'autonomie.

L'éducation, comme projet et comme action en direction de l'être humain, vise à lui faire intégrer sa place pleine et entière dans sa propre communauté.

L'éducation transcende l'individu et resserre les liens sociaux dans un processus d'identification partagée. Ce n'est pas un fait isolé, mais bien un principe collectif qui s'inscrit dans cette notion.

Étymologiquement, le mot « éducation » vient du latin educare, signifiant « conduire hors de ».

Il est nécessaire de s'appuyer sur deux outils essentiels, selon Mialaret

- l'utilisation de normes communes, transférables et utilisables par le plus grand nombre.

- l'utilisation d'une technique de transmission de ces normes, la pédagogie: grâce à l'observation, l'imitation des procédés et des manières d'être de l'autre, la déduction, l'expérience, l'erreur, l'essai.

L'échange organisé, contrôlé et diversifié doit permettre à l'individu de prendre conscience de lui-même en même temps qu'il prend conscience des autres.

L'éducation doit favoriser l'autonomie de l'individu pour l'amener vers une vie plus sociale.

Les spécificités du fonctionnement des enfants présentant des TED rendent compte de l'importance de l'approche éducative dans leur prise en charge.

Chaque individu ne se trouve pas avec les mêmes potentialités de départ. Bon nombre de facteurs peuvent faire obstacles au développement de ce potentiel. L'autonomie proximale est une étape qui se déroule, en premier lieu, au sein de la famille et qui passe par l'apprentissage de la vie quotidienne. L'habillage, l'alimentation, la propreté, l'hygiène, acquis en relation, sont autant d'expériences qui construisent l'enfant dans son autonomie.

L'autonomie sociale correspond à l'ouverture sur le monde extérieur (se déplacer, faire des achats, utiliser de l'argent ...).

L'enfant atteint d'autisme a un déficit d'autonomie familiale et sociale.

L'éducation doit favoriser l'autonomie de l'individu. Dans le cas des enfants autistes, elle devra être adaptée pour prendre en compte les particularités de l'enfant.

Travailler l'autonomie avec les enfants autistes nous invite à faire des liens entre les différentes approches corporelles psychodynamique, éducative, dans le but d'améliorer la qualité de vie du jeune mais aussi celle de la famille.

La tendance à la ritualisation, à l'immuabilité du sujet autiste est un frein à l'autonomie.

1- Approche cognitive :

Parfois l'enfant autiste ne peut faire de choix, discriminer quelle tâche est à accomplir avant telle autre, définir des stratégies, gérer l'implicite. Il n'envisage pas simultanément des séquences de pensées, d'actions et d'émotions, le jeu de l'un à l'autre n'est pas souple.

L'enfant autiste a des particularités sensorielles qui influencent directement ou indirectement son autonomie dans la vie quotidienne (habillage, alimentation...).

Tout enfant construit son évolution et son développement en imitant l'autre. Certains auteurs ont mis l'accent sur la distinction entre l'imitation d'actions concrètes et l'imitation d'actions symboliques, mais surtout l'imitation permet l'adaptation à l'environnement humain et constitue une fonction d'apprentissage de savoirs et savoirs faire.

Pour Michel Lemay, les enfants autistes présentent régulièrement un dysfonctionnement dans les imitations, elles restent très sélectives et fragmentaires et peuvent s'évanouir dès que le schème se modifie.

Pour intégrer la tâche, l'enfant autiste devra, alors, la répéter à plusieurs reprises tout d'abord dans un même lieu puis dans un but de généralisation, dans des lieux et situations différentes.

2 - L'approche psycho-dynamique :

L'étape de l'apprentissage de la propreté, paradigme de l'autonomie et de la prise en compte de la contrainte sociale, est souvent mise en rapport avec la notion de stade anal tel que Freud l'a défini c'est-à-dire avec un hyper investissement de la zone anale en tant que lieu d'échanges permettant d'investir et d'explorer la possibilité de faire plaisir ou non, de donner ou de refuser en gardant pour soi, de cumuler, de se défaire de quelque chose à retenir. Le stade anal est aussi l'occasion pour l'enfant de décider entre l'attitude narcissique (garder pour son propre plaisir) et l'attitude objectale (sacrifier son bien précieux) ce qui permet

d'expérimenter l'affirmation de sa propre volonté.

Certaines fragilités peuvent interférer et perturber l'étape. Le réveil des angoisses de liquéfaction et de mort par assèchement peut apparaître de façon violente lorsque l'investissement psychique des fonctions d'évacuation et excrémentielle doit se mettre en place.

F. Tustin parle "des terreurs primitives". Elle décrit des peurs fondamentales : peur de tomber, d'être précipité, de s'écrouler, de tomber en morceaux ; de se déverser, de se dissoudre, d'explorer ou de perdre le sens de la continuité physique, garante de l'existence. Elle relie ces peurs à ce que W.R.Bion nomme « les terreurs sans nom » et aux vécus très précoces des nourrissons.

La panique et l'angoisse peuvent donner l'impression de tomber dans un abîme sans nom, ce qui renvoie à une défaillance du contenant, à l'absence de « retour » psychique apporté par la mentalisation maternelle. Ces angoisses peuvent développer la crainte de passer d'un état solide à un état liquide d'où le risque de mort par écoulement. Afin de lutter contre ces angoisses, l'enfant autiste peut se rigidifier. Selon G. Haag, l'enfant a recours au raidissement musculaire comme tentative de renforcer son Moi Peau.

Le Moi-peau décrit par D. Anzieu apparaît comme un concept précisant l'étayage du Moi sur la peau et impliquant une homologie entre les fonctions du moi et celle de notre enveloppe corporelle (limiter, contenir, protéger).

Les enfants autistes ont souvent une défaillance dans la constitution du Moi Peau L'enfant n'est pas contenu dans une enveloppe qui l'unifie. L'extérieur peut donc pénétrer à l'intérieur sans être filtré : la fonction de parexcitation est défaillante. D'où la difficulté rencontrée par certains autistes d'être touché par l'autre. La mise en place du sentiment d'exister reste problématique chez l'enfant souffrant d'autisme. Il peut être indifférent aux signaux en provenance de son propre corps soit qu'il ne les perçoit pas, soit qu'il n'en intègre pas le sens.

Ce concept peut s'articuler avec ce qu'Esther Bick a appelé « l'identité adhésive »

Description sémiologique

On note des altérations à des degrés divers 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.

- L'alimentation :

Les troubles du comportement alimentaire sont régulièrement évoqués par les parents d'enfant autiste. Ils peuvent être repérés dès le plus jeune âge, au moment de la tétée (succion).

- L'enfant autiste peut se montrer résistant à toute modification alimentaire, ce qui entraîne des difficultés pour passer du liquide au solide. Il est souvent très sélectif tant au niveau du produit lui-même (texture, couleur), que de son emballage.

- Des rituels apparaissent ayant une conséquence directe sur l'organisation de la famille : plan de table, couleurs des assiettes...

- L'enfant peut refuser de s'alimenter si les aliments dans l'assiette ne sont pas bien compartimentés, si un aliment touche un autre.

- Renifle certains aliments, expression de dégoût. .

- Comportements physiques : vomissements, mérycisme

- Compulsivité alimentaire.

- Ingestion de substances non comestibles : pica, coprophagie.

Est souvent évoquée la difficulté des enfants à se poser à table, à exprimer des demandes, des choix. Les troubles alimentaires engendrent parfois des réactions comportementales.

- L'hygiène corporelle :

L'enfant prend plaisir à être dans l'eau mais ne prend pas d'initiative concernant l'hygiène de son corps. Parfois, il n'a pas une pleine conscience de son corps, et il n'est pas dans « le prendre soin de soi ».

L'enfant peut être angoissé quand il reçoit de l'eau sur la tête ou se lave les dents.

Le fait de le toucher avec un gant de toilette ou une serviette peut être vécu comme douloureux.

- La propreté sphinctérienne :

Le contrôle des sphincters peut être difficile. Les troubles du transit sont fréquents. Ils apparaissent soit sous la forme de diarrhée, ou de persistance de selles molles, de constipation ou d'encoprésie. On peut aussi signaler que parfois on observe une amélioration du transit, des selles mieux formées en même temps que l'acquisition d'un meilleur tonus et du schéma corporel. Des comportements de coprophagie ou de coprophilie peuvent être retrouvés avec retentissement dans la vie familiale. Des rituels ou intérêts stéréotypés tels que tirer la chasse d'eau sont régulièrement décrits. Le lieu « toilettes » peut être vécu comme angoissant. Parfois l'enfant utilise à but d'opposition son contrôle sphinctérien.

- Habillage - déshabillage :

Ceci est en lien étroit avec les observations réalisées dans le domaine de l'hygiène corporelle. Les difficultés de coordination peuvent aussi entraver l'habillage. Le manque de latéralisation

est un élément souvent évoqué comme la négligence d'une main qui ne semble pas investie et qui pend. L'enfant n'arrive pas à organiser la tâche, trouver l'ordre adéquat. Il n'est pas sensible aux changements de température.

- L'autonomie familiale :

Le premier lieu où l'enfant s'approprié et expérimente son autonomie est le milieu familial. Etre autonome dans la vie familiale c'est prendre en compte l'autre au travers des actions que l'on va réaliser dans la famille : mettre la table pour toute la famille, la débarrasser, ranger ses affaires.... Dans ce cadre cette activité devient soit très ritualisée et difficile à gérer par la famille, soit l'enfant manque d'initiative mais se montre très exigeant, soit il ne sait pas comment l'organiser et a besoin d'un support visuel ou d'un accompagnement verbal. Face aux nombreuses charges liées à la pathologie, la famille supplée et compense fréquemment les insuffisances d'autonomie.

- L'autonomie sociale :

Se déplacer de manière autonome nécessite un bon repérage dans l'espace, appréhender des situations sociales nouvelles, imprévues, connaître les conventions sociales. Les parents décrivent des troubles de l'orientation spatiale, un manque d'initiative et de connaissances des conventions sociales. Une grande crainte de l'extérieur ou à l'inverse une certaine inconscience peuvent amener des comportements inadaptés tels qu'interpeller des inconnus, ne pas avoir conscience du danger.

L'autonomie sociale est très en lien avec les aspects de la socialisation et avec le décodage du monde qui l'entoure.

2 - Bilans

La description et le recueil des altérations ou difficultés rencontrées par l'enfant se font essentiellement lors des entretiens avec la famille, parfois lors des visites à domicile. Elles sont complétées par les observations réalisées par les professionnels accompagnant l'enfant.

Le bilan psychomoteur : évalue l'enfant sur le plan de la motricité globale et de la motricité fine ainsi que de la connaissance de son corps, de sa posture, difficultés praxiques, coordinations œil/main, œil/pied, haut/bas, gauche/droite...

Le bilan orthophonique peut aider préciser la nature des troubles alimentaires et d'apprécier leurs multiples incidences.

Le bilan ergothérapeutique, a tout son intérêt pour évaluer les capacités les incapacités dans ce domaine et apporter des aides rééducatives et techniques.

La VINELAND, entretien semi structuré réalisé avec les parents, donne des éléments concernant l'autonomie : sociale, familiale.

Le PEP-R, mis au point pour faciliter l'identification cognitive et d'apprentissage, permet de mesurer leurs difficultés mais surtout l'émergence dans différents domaines.

La CARS permet également d'évaluer un certain nombre de compétences nécessaires à l'autonomie.

Evaluation de la capacité d'imitation.

3 - Actions thérapeutiques

De nombreux ateliers sont proposés pour travailler l'autonomie. Ils peuvent avoir une visée directe ou indirecte. L'autonomie est construite sur des années, pas à pas, compétence par compétence, opportunité par opportunité.

En effet, il est important de vérifier quel prérequis nécessite chaque compétence qu'on souhaite développer et mettre en place des activités permettant de travailler ces aspects.

"L'enfant doit évoluer dans un monde prévisible et structuré. Nous devons savoir travailler avec l'environnement, à la fois matériel et humain, pouvoir comprendre et les aider à progresser" (J. Constant)

Il est important, alors, de veiller à clarifier l'espace, le temps par les aides visuelles comme l'emploi du temps, l'écrit, les photos, les objets. En ce qui concerne l'espace, l'enfant doit bien identifier les salles dans lesquelles il se trouve : associer salle à manger à repas...

Les consignes verbales doivent être simples, les phrases courtes, ne contenant pas trop d'informations. Selon les capacités de l'enfant, il est possible d'associer le verbal et le non verbal.

Il convient de simplifier une tâche chaque fois que cela est possible, de la présenter sous forme de séquences : habillage, préparation de recettes....

Dans la plupart des cas, ils ne savent pas transférer, ni généraliser. « Un effort de cohésion de cohérence entre toutes les personnes qui s'occupent d'un autiste et surtout la famille » (Théo Peeters). Dans une démarche qui se veut d'abord analytique puis synthétique et qui aide l'enfant à progresser du détail au global.

La prise en charge thérapeutique se décline sous forme d'ateliers ayant des visées différentes et complémentaires pour aborder les apprentissages vers l'autonomie.

- Développer les praxies

- Développer les perceptions tactiles : pâte à modeler, utilisation de brosse à cheveux, éponge ...
- Affiner la perception visuelle : puzzle, localisation d'objet dans une salle : balle, verre ...)
- Identifier les objets et repérer les objets similaires : verre, cuillère...
- Améliorer la tenue d'un objet : utilisation du couteau pour couper la pâte à modeler...
- Visser, dévisser : utilisation de bouchons...
- Coordonner œil-main : enfilage de perles

- Développer l'autonomie

- L'apprentissage de la mise en place du couvert, de l'utilisation des couverts à travers la relation aux autres : jeu de dinette
- Apprentissage des déplacements sur l'extérieur et de la socialisation : organisation de courses pour réaliser un repas.
- Atelier cuisine;
- Repas thérapeutiques en relation duelle (si l'objectif est d'introduire de nouveaux aliments), ou en groupe. La notion d'interactions sociale a alors une place importante ainsi que tout ce qui touche les apprentissages : manger avec ses couverts, utilisation du couteau, apprentissages des convenances sociales.
 - La pataugeoire, cette activité permet d'aborder avec l'enfant la conscience de son corps, l'habillage et le déshabillage, la piscine complète par l'aspect social ce travail sur le corps.
 - Séjours thérapeutiques : en plus de tout le travail sur l'autonomie donnent l'occasion d'aborder avec les parents et les enfants l'expérience de la séparation.
 - L'acquisition de la propreté doit être un projet partagé entre la famille et l'équipe soignante, avec une mise en pratique conjointe (signes annonciateurs l'enfant bouge sans cesse, se colle les fesses contre le sol...) organisation de l'espace, du temps, définition des premières étapes en fonction des aptitudes de l'enfant, aides visuelles.

- Développer les compétences psychomotrices globales

- Le travail en psychomotricité est nécessaire à l'acquisition de l'autonomie : exploration du schéma corporel, travail sur les coordinations, postures...

DOMAINE DES RESSOURCES FAMILIALES

1 - Corpus partagé

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.

L'apport des connaissances cognitives et neurobiologiques, le large accès aux informations, la diffusion de nombreux programmes éducatifs, la désacralisation de la place du médecin dans la société ont modifié en profondeur les liens qui unissent l'enfant et ses parents aux équipes soignantes. Les lois gérant la place de l'enfant handicapé dans la société (2002 et 2005) renforcent la notion d'une transparence dans la prise en charge et d'une adaptation de la société au handicap et donnent à l'école une place centrale dans l'élaboration du projet de vie de l'enfant handicapé. La loi 2005 déplace ainsi l'articulation des prises en charge du lieu de soin et d'éducation vers l'école. Cet ensemble modifie profondément la relation de la famille à la pédopsychiatrie, la plaçant sous l'angle du partenariat dans des rôles qui doivent rester cependant bien différenciés.

De plus en plus les parents sont reconnus comme des partenaires dans le soin et l'éducation de leur enfant. Ils ont, le plus souvent, un réel savoir sur leur enfant, sur lequel le soignant doit prendre appui. L'alliance se construit dans le temps au fil de la prise en charge de l'enfant. Sa qualité s'étaye sur le partage de préoccupations communes. Notre rôle est celui de soutenir, d'étayer, de susciter le changement en favorisant la compréhension des processus autistiques.

2 - Actions thérapeutiques

La question du diagnostic s'impose d'emblée durant le temps du bilan et de l'observation de l'enfant. Elle constitue le socle du travail avec les enfants et sa famille. Aujourd'hui, cette question donne lieu à un certain consensus (cf. recommandations de la FFP). Dès que possible, le diagnostic est assorti d'informations relatives à l'état des connaissances actuelles sur l'autisme. En abordant avec les parents le diagnostic, son étiologie et son pronostic on travaille également le vécu parental de l'annonce du diagnostic.

Le deuxième temps de la rencontre aborde la prise en charge dont les modalités et les objectifs doivent être présentés de la manière la plus explicite pour que les parents puissent en partager la finalité avec l'équipe de soin.

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. Nous nous appuyons également sur toutes les informations, sur toutes les connaissances que les parents ont de leur enfant pour penser ensemble la prise en charge. La place de partenaire favorise le travail de renarcissisation et de déculpabilisation des parents et réduit ainsi les effets de rivalité parents/soignants.

Empathie et écoute ne suffisent cependant pas à soutenir la famille. L'alliance se scelle et se construit dans une préoccupation des problèmes rencontrés au quotidien.

- Au sein de la cellule familiale, il s'agit de fournir les informations et /ou éléments concrets améliorant la communication et les troubles du comportement : mise en place d'agenda, structuration de l'espace, supports visuels, communication verbale adaptée (phrases courtes, explicites...).

- Pour les troubles parfois plus complexes ou résistants, notamment autour de la propreté, de l'alimentation, des rituels invalidants etc, il s'agit de comprendre ensemble les problèmes sous-jacents et/ou leur sens, les bénéfices secondaires éventuels recherchés, pour construire de manière collégiale des outils, stratégies ou aménagements pédagogiques permettant de réduire ces troubles.

L'équipe soignante aura cependant à l'esprit d'aider les parents à comprendre la logique dans la quelle l'enfant peut être enfermée, de repérer les points de butée alors rencontrés par la famille et d'essayer ensemble de les dépasser, et s'il en est, de déjouer les mécanismes d'ajustement qui peuvent à la longue devenir nuisibles pour toute la famille.

- La contagion familiale de l'immuabilité et de la ritualisation autistique, les conduites d'évitement et d'aménagement des hyper ou hypo sensibilités donnent à l'existence familiale un "style de vie particulier" (cf M. Lemay). La vie du groupe famille peut devenir, à l'image de l'enfant autiste, ritualisée et appauvrie de sa dynamique sociale. Ces changements s'opèrent de manière insidieuse ; il s'installe un mode de vie parfois viciée mais consensuel qui devient difficile de changer même si les difficultés initiales de l'enfant autiste qui justifiaient ces remodelaient se sont atténués ou estompés. L'idée d'un nouveau changement réactive sans doute la menace d'une désorganisation familiale.

- Le surinvestissement des soins maternels. Il risque de marginaliser l'enfant autiste et l'un des parents (le plus souvent la mère) du reste du groupe familial au risque de les enfermer dans une relation d'aliénation. En outre, il tend à maintenir l'enfant autiste dans une relation de dépendance faisant obstacle à un processus d'autonomie déjà entravé par la pathologie autistique.

La place de l'équipe soignante est, on le comprend, parfois délicate si elle veut maintenir une alliance de qualité. Les écueils sont nombreux et les pistes d'un travail de collaboration réciproque avec les parents passent entre autre par :

- Le respect de chacun pour éviter des représentations trop menaçantes et des clivages

- Favoriser l'élaboration des parents sur leur parentalité et les contrastes douloureux entre enfant imaginaire et enfant réel.
- Travailler sur l'élaboration des problèmes de séparation
- La prise en compte de l'épuisement quotidien, du retentissement sur les frères et sœurs
- Échanger sur les différences de représentation entre la famille et les soignants.

Au sein de l'environnement écologique de l'enfant, la prise en charge globale passe par un travail de réseau avec les acteurs gravitant autour de l'enfant : école, centre de loisir, etc. Il s'agit là d'un travail d'échange, de repérage des difficultés et compétences de l'enfant, d'information sur les particularités repérées pour les rendre compréhensibles et en déduire si besoin des aménagements ou ajustements. Ces rencontres sont précédées par une demande ou un accord avec les parents ; elles sont l'occasion aussi pour la famille et l'équipe d'affiner la place respective de chacun (rencontre en présence ou non des parents, information sur le diagnostic...).

Les parents eux-mêmes reçoivent un soutien direct par :

- Une information sur leurs droits sociaux quant au handicap de leur enfant : allocation d'éducation, prestation de compensation, carte d'invalidité, aide à la vie scolaire...
- Un lieu d'expression avec les autres familles qui rencontrent les mêmes difficultés qu'eux : transmission des coordonnées ou plaquettes d'information des associations de familles, intégration dans un groupe de parole...

Le groupe de parole est un lieu d'expression entre familles d'enfants 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'enfant plus âgés et un soutien en cas de crise.

Au sujet de la fratrie, la prise en compte de leur souffrance est indiquée. En effet, les frères et sœurs supportent voir participent au réaménagement familial cité ci-dessus mais s'ajustent eux-mêmes le plus souvent par une inhibition dans l'expression de leurs propres désirs, besoins ou culpabilité. Le regard des autres sur le handicap de leur frère ou sœur est aussi une étape à franchir pour eux.

- Résumé des formes possibles du travail avec les parents :

Consultations régulières avec le médecin psychiatre de l'unité

Temps d'échange formel et informel avec l'équipe

Mise en place de cahiers de liaison, agendas, échanges téléphoniques etc

Visite à domicile

Groupe de parole parents, fratrie

Entretien avec une assistance sociale

DOMAINE SUIVI SOMATIQUE ET PHARMACOLOGIQUE

Les soins somatiques constituent un domaine à investir de façon importante pour les équipes de pédopsychiatrie :

- pour une meilleure qualité de vie de l'enfant
- pour une meilleure disponibilité aux interventions thérapeutiques et éducatives
- pour une prévention des troubles du comportement

1 - Corpus partagé

Plusieurs études récentes en France et dans le monde montrent que les personnes avec autisme ont des suivis et des soins insuffisants sur le plan de leur santé physique.

C'est le cas de la revue de littérature réalisée par AZEMA et MARTINEZ en 2006 pour le CREA du Languedoc-Roussillon, ainsi que l'étude réalisée par Saïd ACEF et publiée dans sa revue SESAME 2009.

Le Plan autisme 2008-2009 note pour la mesure n°14 « renforcer l'accès aux soins somatiques ».

Les conséquences de ces insuffisances sont lourdes pour les personnes.

Cette situation n'est pas étonnante compte-tenu d'un ensemble de difficultés propres à l'enfant avec autisme :

- incapacité à exprimer ses ressentis : gêne, inconfort, douleur ; difficultés à accepter le changement, les situations nouvelles. Dans ces cas, l'expression passe souvent par des réactions difficiles à gérer pour l'entourage : cris, agitation, etc...
- atypicité des perceptions sensorielles. Ces atypicités peuvent toucher tous les sens. Elles ont été mises à jour par l'observation de ces enfants et également par les écrits des personnes autistes de haut niveau devenues adultes.
- anomalies dans la construction du schéma corporel, les angoisses corporelles peuvent être intenses
- fréquence des troubles du sommeil, des troubles de l'alimentation.

Nous ne détaillerons pas chacun de ces points que l'on pourra retrouver dans les autres domaines traités. Mais leur conjonction explique que des symptômes douloureux puissent ne pas être perçus par l'entourage car ils vont souvent se traduire exclusivement par des troubles du comportement. Elles expliquent aussi pourquoi le recours aux soins de base peut être compliqué à envisager pour les parents et compliqué à réaliser pour les professionnels.

2 - Actions thérapeutiques

Elles peuvent être de trois ordres, deux étant axés sur la personne avec autisme, le troisième concernant davantage l'organisation sanitaire générale.

Pour ce qui est de cette organisation, c'est le projet de la mesure n°14 du Plan autisme 2008-2010, à savoir organiser des réseaux de professionnels informés et préparés à accueillir des personnes avec autisme et diffuser des protocoles facilitateurs de prises en charge dans les établissements hospitaliers et dans les structures médico-sociales.

Nous allons par contre préciser les deux axes centrés sur la personne. Il s'agit d'une part de développer une vigilance continue au dépistage des phénomènes douloureux chez des personnes qui ne sont pas en capacité de les exprimer ; et en parallèle de développer chez l'enfant cette capacité à mieux exprimer ses ressentis corporels.

A - Maintenir des points de vigilance en continu au sein des équipes

- Dépister les phénomènes d'hypersensibilité

Il est important de dépister les phénomènes d'hypersensibilité pour éviter à l'enfant d'être confronté à des situations insupportables (par exemple, situation bruyante pour des enfants avec hypersensibilité auditive, certains contacts corporels pour des enfants avec une hypersensibilité tactile). Dans le cadre de la prise en charge, on mettra en oeuvre des séquences adaptées afin de diminuer cette hypersensibilité. On peut se référer aux travaux du Docteur Michel LEMAY développés dans son livre « L'autisme aujourd'hui ».

- Dépister la douleur pour la traiter correctement

L'hypothèse dite « opioïde » qui consistait à penser que l'enfant avec autisme avait une sécrétion plus élevée d'endorphine, qu'il aurait entretenue par ses stéréotypies, et qui aurait diminué ses perceptions douloureuses, est aujourd'hui abandonnée. Les travaux plus récents vont dans le sens d'une perception douloureuse normale, ce serait la communication sur cette douleur qui est altérée. Bien souvent, chez le jeune enfant avec autisme, le seul canal de communication à sa disposition est le comportement. Les ressentis douloureux vont pouvoir se traduire par une acutisation des difficultés comportementales non spécifiques.

Il en résulte que nous devons avoir une sorte de « check-list » à activer devant les modifications du comportement des enfants. On doit passer en revue toutes les sources d'inconfort, de gêne, de douleur afin de pouvoir y remédier. En particulier les dents les problèmes ORL OPHT, les problèmes moteurs qui peuvent tout simplement être liés à des

chaussures trop petites ou trop grandes etc.

B. Aider l'enfant à développer la capacité à communiquer ses ressentis corporels et à supporter les soins

- Aider l'enfant à développer une communication expressive sur ses besoins, ses ressentis, une éventuelle douleur. Se référer au domaine communication, et rechercher tout ce qui peut favoriser dans ce domaine, l'expression de la douleur.

- Il faut également aider l'enfant à « apprivoiser » les soins corporels de façon progressive et régulière

Il s'agit à la fois des soins d'hygiène corporelle et des examens physiques réguliers qu'ils soient médicaux, dentaires. Il ne faut pas attendre que l'enfant souffre pour envisager la consultation mais bien le préparer à des consultations régulières.

Cette préparation se fait en prévoyant des déplacements avec repérage des locaux, des supports visuels pour indiquer la succession des actions qui vont être menées, etc ... se référer au domaine communication. Les outils sont les mêmes que pour d'autres domaines mais ils doivent être adaptés à ce contexte spécifique.

Comme on le voit, il s'agit d'un domaine essentiel pour la mise en place des autres domaines, dont l'objectif pourrait être résumé par « être bien dans sa peau ». Ce travail doit être entrepris dès le plus jeune âge car il est souvent un préalable à la disponibilité de l'enfant et d'autre part, il est beaucoup plus facile à réaliser lorsque l'enfant est petit. Il s'agit de ce que l'on pourrait appeler « l'éducation à la santé ». Enfin, c'est un domaine de collaboration étroite et positive entre familles et équipes de prise en charge. Il suppose également une bonne collaboration avec les professionnels de santé non spécialisés en autisme.

En ce sens, nous rappelons l'importance de refaire régulièrement des bilans neuropédiatriques, ORL, ophtalmo et orthoptique.

Nous attirons également l'attention sur certaines pathologies qui peuvent plus fréquemment se déclencher chez un enfant avec autisme, en particulier l'épilepsie.

Rappelons que les études avancent actuellement qu'une personne sur trois avec Troubles Envahissants du Développement (TED) aura des problèmes d'épilepsie dans le cours de sa vie. Cette épilepsie ne se déclenche pas forcément les premières années de vie mais peut se déclencher tout au long de l'enfance et elle peut être particulièrement difficile à diagnostiquer en particulier les absences chez des enfants qui, du fait de leur pathologie autistique, ont des moments de rupture de contact. Il faut donc y penser et refaire régulièrement des EEG de veille et de sommeil durant le développement.

3 - Suivi pharmacologique

Rappelons qu'il n'existe pas de traitement de l'autisme actuellement. Pour autant, il existe des molécules qui peuvent apporter une aide symptomatique.

Nous évoquerons principalement les antipsychotiques. Il y a à leur sujet une littérature importante qui est en faveur d'un effet positif sur l'anxiété, l'agitation, les troubles du comportement et donc d'une facilitation des prises en charge et des aides au développement de l'enfant. La littérature récente concerne les antipsychotiques de seconde génération.

Si un traitement est nécessaire, il faut le faire dans les meilleures conditions de sécurité. Il faut réaliser un bilan préalable avec examen clinique, prise des constantes, calcul de l'IMC, bilan biologique (NFS, plaquettes, iono., urée, créatinine, glycémie à jeun, bilan hépatique, bilan lipidique), électrocardiogramme (recherche d'un QT long congénital).

Il est nécessaire de commencer par de petites doses, de réévaluer soigneusement l'évolution, de réaliser une augmentation très progressive. Il faut prévenir certains effets indésirables comme la prise de poids par augmentation de l'appétit en mettant en place des règles hygiéno-diététiques (avec la famille) avant même de démarrer la prescription.

En cas de troubles du sommeil majeurs, particulièrement durables et résistants, quelques praticiens prescrivent de la mélatonine, hors AMM et de manière expérimentale. Dans tous les cas, les troubles du sommeil doivent être soigneusement pris en charge.

En cas de comorbidité, on peut aussi envisager le traitement de la comorbidité qu'il s'agisse d'un THADA, de TOC...

Il faut donc par rapport à la question d'une éventuelle prescription réaliser une discussion bénéfique/risque bien argumentée. Il faut prendre en compte la souffrance de l'enfant, sa non-disponibilité à la prise en charge, l'épuisement de l'entourage, le risque d'éviction sociale.

Il faut se souvenir que s'abstenir de traitement quand c'est indiqué est aussi faire courir un risque, une perte de chance pour l'enfant. 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.

DOMAINE DES ARTICULATIONS INTRA ET EXTRA-INSTITUTIONNELLES

1 - Corpus partagé

La prise en charge d'un jeune enfant, présentant des troubles autistiques, s'inscrit dans le temps. Elle va mobiliser, au fur et à mesure ou simultanément, 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.

- 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 personnellement et l'équipe soignante dans son ensemble à un travail sur ses contre-attitudes pour conserver sa qualité de thérapeute. Il s'agit alors de la question des articulations internes à une unité pédopsychiatrique.

- 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. Il s'agit alors de la question des articulations avec des institutions extérieures.

- La création, au niveau régional, de centre de référence de diagnostic et d'évaluation des troubles autistiques amène à expérimenter une autre forme d'articulation, celle entre l'équipe d'évaluation et l'équipe ou les équipes de prise en charge de proximité.

- Les effets de l'évolution des représentations sociales de l'autisme, avec comme marqueurs les nouvelles lois et les nouvelles organisations d'attribution, de compensation et d'élaboration de projet de vie s'imposent à nous.

2 - Description des articulations internes

Indépendamment de l'histoire propre à une unité ou à un service de psychiatrie infanto-juvénile et de leur réseau environnant, on peut essayer de décrire rapidement le fonctionnement d'un hôpital de jour « dénominateur commun » à beaucoup d'équipe de pédopsychiatrie.

L'on ne peut que souligner l'importance des premières consultations pédopsychiatriques et des premières rencontres parents, enfant, infirmier ou autre professionnel, canevas d'une observation première attentive permettant de poser les premiers jalons de la prise en charge avec, selon chaque situation, un accompagnement modulé par les parents de l'enfant.

Généralement, les premiers temps de la prise en charge reposent, en effet, sur le binôme infirmier de référence- médecin référent (étude 2007, dans le cadre d'une EPP sur 50 enfants autistes pris en charge sur 10 unités hôpital de jour du pôle de pédopsychiatrie de l'EPSM Morbihan). Dans d'autres lieux, mais aussi pour les enfants les plus jeunes, ce binôme peut-être constitué par le médecin référent et le psychomotricien. Par la suite, s'ébauche un élargissement de la prise en charge, par cercles concentriques, à d'autres professionnels avec un accompagnement progressif : par exemple, début de prise en charge groupale ou individuelle en psychomotricité, en orthophonie, psychothérapie, éducative. Le travail en équipe et dans le temps permet de moduler, selon chaque enfant, les modalités nécessaires pour initier ces prises en charge à partir d'un bilan ou du moins une appréciation plus technique : par exemple, une orthophoniste viendra plusieurs fois se présenter à l'enfant, dans un lieu repéré, avant que celui-ci ne commence à venir dans son bureau avec l'accompagnement de l'infirmière ou éducatrice de référence. Les ressources mobilisées sont différentes selon l'âge de l'enfant, les moyens à disposition etc.

Les temps de réflexion et d'élaboration rythment l'ensemble de la prise en charge :

a) A la fin d'une séance de prise en charge individuelle ou groupale, les thérapeutes peuvent se réserver quelques instants de repérage de ce qui vient de se passer avec une transmission écrite ou orale.

b) Le temps fort de la vie institutionnelle par excellence est ce qui est communément appelé la synthèse : l'équipe dans sa globalité, dite pluri professionnelle, met en commun ses observations pour dégager une trame cohérente à un projet individuel de prise en charge et assurer la coordination des interventions entreprises.

La synthèse est un document rédigé dans lequel chaque intervenant apporte ses éléments d'observation, de bilan, sur les aspects de prise en charge, la progression ou pas de l'enfant est prise en compte, les adaptations nécessaires sont passés en revue, et les objectifs à venir précisés. La synthèse comporte aussi les éléments qui se réfèrent à la santé physique de l'enfant, bilans somatiques, suivis médicaux, etc. Elle est consignée dans le dossier du patient. Elle est à la base du projet individualisé explicité, discuté et amendé avec les parents de l'enfant. Certaines équipes remettent le projet sous forme écrite.

La synthèse a aussi valeur de bilan: bilan de l'état de l'enfant, bilan des actions entreprises et elle est au moins annuelle.

c) De même, certaines équipes ont la possibilité de solliciter l'action d'un intervenant extérieur pour approfondir certaines dimensions de la prise en charge notamment leurs attitudes de soignant induites parfois par les projections de l'enfant, il s'agit, alors d'une démarche d'analyse de pratiques ou de supervision.

La nature du travail thérapeutique en hôpital de jour et plus largement au sein des services de psychiatrie infanto-juvénile s'appuie sur les apports de la psychothérapie institutionnelle elle-même nourrie de courants divers psychanalytique, systémique, communautaire, groupal.

- La psychothérapie institutionnelle issue dans l'après guerre (Tosquelles, Oury) a eu le grand mérite d'interroger l'ensemble du groupe soignant sur la valeur thérapeutique de l'institution. Elle a mis en évidence l'importance de la réflexion, de la mise en commun et de l'élaboration des soignants, ainsi la vie quotidienne même avec toutes les occasions relationnelles qu'elle offre devient situation à travailler les difficultés des patients. Elle a contribué à l'évolution, à la créativité, à la diversification des outils institutionnels.

- A partir de la fin des années 70 on assiste à une progressive remise en cause de l'institution et de l'institutionnalisation, tout particulièrement en psychiatrie infanto-juvénile. Ce mouvement est en lien avec le changement des représentations sociales de la maladie mentale, de l'handicap et ainsi que des impératifs économiques. Ces nouvelles exigences ont amené à des nouvelles formes de prises en charge qu'on peut résumer dans le modèle de soins institutionnels à temps partiel.

- Ce modèle met en tension l'individuel et le collectif proposant un programme de soins très individualisé mais dans un cadre institutionnel et collectif, cette dialectique vivante est constituante.

- En plus des apports thérapeutiques, éducatifs, rééducatifs spécifiques que nous avons détaillé par domaine, la psychothérapie institutionnelle apporte comme dans le modèle décrit par Hochman un contenant psychique à valeur organisatrice.

- C'est un cadre prévisible, régulier, une reproduction d'activités quotidiennes, familières mais dans lesquelles le soignant va apporter des petits changements, des écarts supportables qui permettent à l'enfant d'approprier la nouveauté, la réalité, la fonction thérapeutique se base sur la différenciation des espaces, de l'intérieur et extérieur et de l'articulation de ces différences à travers la création de liens sous toutes ses formes jusqu'à la possibilité de la représentation, de la mise en récit, qui va permettre à l'enfant d'aborder à son niveau le temps, l'espace, la causalité, l'absence, l'histoire et donc la pensée.

- Le travail institutionnel est une trame, un tissu connectif qui relie l'individu à son histoire et à celle des autres.

3 - Description des articulations externes

- Les articulations avec les autres institutions :
 - L'école :

Ce travail s'effectue avec un respect mutuel des compétences des partenaires. Le pédagogue n'est pas thérapeute, le thérapeute n'est pas pédagogue. Il faut prendre garde à toute confusion de rôle qui pourrait s'installer.

L'organisation régulière de réunions rassemblant parents, pédagogues, soignants, permettent un travail commun d'approche des modes de fonctionnement de l'enfant élève, ses difficultés d'intégration, ses secteurs d'ouverture relationnelle et ses ébauches de compétence. Ce travail commun permet de préciser, au fur et à mesure, une chronologie et une hiérarchie dans les objectifs de l'intégration, permettant de diminuer des éventuels sentiments d'incompétence du pédagogue. Toujours dans ce cadre, si nécessaire, des informations sur les caractéristiques reconnues chez l'enfant autiste en situation d'apprentissage (structuration de l'espace, du temps, adaptation de l'information, avec utilisation de supports visuels et fragmentation des étapes d'apprentissage) peuvent être délivrées au pédagogue. Celui-ci peut être alors mieux à même d'être créatif, de se permettre, de façon pragmatique, d'essayer différentes façon de faire avec le fonctionnement de l'enfant, d'autant plus que l'enfant autiste souvent ne semble pas suivre le processus chronologique habituel d'apprentissage.

La place de l'enfant dans sa classe et dans l'école peut varier, à l'extrême, de l'enfant "mascotte" avec illusion de fusion, à l'enfant "bouc émissaire" dans un mouvement de rejet.

L'on peut observer que le recours de plus en plus fréquent à une auxiliaire d'intégration scolaire, AVS, améliore les possibilités d'intégration de l'enfant en soutenant ses rudiments de relation sociale, de communication, d'apprentissage en étant facilitateur de ceux-ci. A l'inverse, la présence de l'AVS amène certains enseignants à se désengager de l'intégration de l'enfant.

- Les institutions médico-sociales :

Dans ce long parcours de prise en charge, souvent interviennent alternativement ou en complémentarité une unité de pédopsychiatrie et un établissement du secteur médico-social. Cette complémentarité est permise par ce qui unit ceux deux entités à savoir l'idée qu'une prise en charge doit se concevoir dans une globalité, par une analyse du symptôme et des ses conséquences sur l'ensemble du sujet. La complémentarité est issue aussi de ce qui différencie les deux entités à savoir : la pédopsychiatrie qui se centre sur les fonctions du sujet et le médico-social qui se centre plus sur la relation sociale et de l'adaptation du sujet à son environnement. Cette articulation peut être institutionnalisée par des conventions d'établissements ou individuelle au cas par cas.

De manière générale nous voudrions insister sur le fait que les articulations doivent être travaillées avant même le début de la prise en charge, déjà au cours de la période d'observation, se poursuivre au cours de la prise en charge ainsi que de l'orientation et du passage vers une autre structure.

- Les articulations entre unité de prise en charge et unité d'évaluation.

Les différents centres régionaux d'évaluation diagnostique des troubles autistiques ont développé un socle commun de bilan clinique (CARS, ADI, ADOS, bilan psychomoteur, bilan orthophonique et bilan psychologique de niveau de développement), permettant de confirmer le diagnostic clinique, l'intensité des troubles et un profil clinique.

La création de ces centres a eu pour effet d'interroger, en retour, les équipes de prise en charge, sur leur propre modalité de diagnostic et de bilan.

Par ailleurs, le bilan d'évaluation du centre régional est transmis aux parents et à l'équipe de prise en charge de proximité ou s'effectue, de plus en plus souvent, lors d'une réunion regroupant des représentants du centre régional d'évaluation, du service de prise en charge et les parents de l'enfant, pouvant de manière diverse interférer dans l'alliance entre les parents et l'équipe de proximité.

En effet la configuration du dispositif d'évaluation, centre de référence régional rattaché à un service universitaire, place, de fait, les parents dans l'attente d'un discours d'expertise sur les troubles de leur enfant, venant dans les représentations parentales en parallèle voire en opposition avec le discours de l'équipe de prise en charge, en particulier, si le domaine des modalités de la prise en charge est abordé. Cette question relativement récente demande un travail de collaboration, de connaissance et reconnaissance réciproque qui doit évoluer sous les auspices d'une clarification des missions des uns et des autres dans le but d'aider les enfants et les parents.

- Les articulations avec la MDPH

La loi de 2005 attribue à la MDPH un rôle central pour l'élaboration du projet de vie de l'enfant, la reconnaissance de ses besoins et l'attribution des moyens de compensation sous toutes les formes. La pédopsychiatrie ne participe pas en tant qu'institution aux équipes pluridisciplinaires, n'a pas non plus systématiquement un rôle d'expertise, elle est appelée à participer pour ce qui la concerne à la préparation des projets personnels à la demande principalement des parents.

- Les articulations avec les associations de parents et d'usagers

Depuis quelques années elles occupent une place importante et contribuent à la reconnaissance des droits, de l'accessibilité et de la place de partenaires à part entière des personnes porteurs d'handicap et de leur famille, véhiculent également un certain nombre de connaissances des pratiques et des méthodes, deviennent force de promotion de projet de services. Il est important de tenir compte de leur rôle social.

VERSION COURTE

DOMAINE SENSORI-MOTEUR

1 - Corpus partagé

La réception et l'intégration des sensations sont altérées de manière diverse chez l'enfant autiste. Plus les altérations débutent tôt, plus les conséquences sont notables pour le développement.

Leur signification s'est enrichie, au fur et à mesure, d'approches diverses dont deux essentielles et complémentaires qui contribuent à augmenter notre compréhension ainsi que sa traduction en outils de prise en charge. Celui des sciences cognitives pour lesquelles les troubles sensoriels et moteurs traduisent un défaut dans le recueil et le traitement des informations et celui de l'approche psychodynamique qui situe ces anomalies sur un plan relationnel.

2 - Description sémiologique

A- Domaine sensoriel :

Les anomalies sensorielles s'expriment en plus ou en moins, donnant lieu à une hypersensibilité ou à une hyposensibilité.

Elles déclenchent :

- soit des évitements dans le but de se défendre,
- soit une recherche répétitive de stimulation dans laquelle le sujet s'enferme,
- soit une sorte de passivité, d'absence à l'environnement apparente ou réelle.

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.

B- Domaine moteur :

L'ensemble de signes aboutit à des troubles de l'intégration de l'image du corps, à une indifférenciation entre soi et l'autre, à des troubles de l'apprentissage de la propreté, à la difficulté d'interagir avec l'environnement et de rentrer en relation

3 - Bilans

Un bilan psychomoteur

Il est possible de s'appuyer :

- sur des items du PEP qui passent en revue des manipulations plus ou moins complexes
- sur des items de la Vineland (chapitre motricité)
- sur l'observation du quotidien
- bilan sensori-moteur

4 - Approches thérapeutiques

Nombreuses activités sont organisées dans les services afin de travailler ces aspects corporels et sensori-moteurs.

Il est important de mettre en évidence, pour chaque activité, la 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.

Les activités se déclinent souvent en atelier : d'éveil sensoriel, de modelage (pâte à modeler), pataugeoire, cuisine thérapeutique, jeux moteurs et psychomotricité, à travers lesquels on amène l'enfant à des expériences sensorielles et motrices différentes.

- Les ateliers d'éveil sensoriel proposent à l'enfant différents types d'expérience sensorielle dans le but de l'aider à les percevoir, les distinguer, les ressentir.
- Les approches avec l'eau dont la pataugeoire, permet 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.
- L'atelier cuisine favorise des expériences autour du toucher, du goût, de l'odorat et leur intégration globale.
- Les séances de psychomotricité.
- Ces différents aspects sont également travaillés au cours du quotidien du soin.

L'essentiel est la relation établie par le soignant : son attention, sa disponibilité, le respect du rythme de l'enfant dont ses moments de repli, mais aussi la capacité de saisir le temps où un changement est possible, où une limite est acceptable. L'accompagnement verbal émotionnel, le décodage, la mise en scène permettent à l'enfant de transformer peu à peu les sensations brutes en émotion et d'accéder en prise de conscience.

FICHE DOMAINE SENSORI-MOTEUR

| Recommandations | Avis du groupe de lecture | | |
|--|---------------------------|---------|--------------|
| | D'accord | Indécis | Pas d'accord |
| 1- SEMIOLOGIE | | | |
| Il est recommandé d'explorer dans le domaine sensoriel : | | | |
| - les hypo ou les hypersensibilités (audition, vision, toucher, goût, odeur) et/ou les particularités sensorielles | | | |
| - les comportements secondaires : évitement, défense, répétition, passivité | | | |
| Il est recommandé d'explorer dans le domaine moteur : | | | |
| - les anomalies de l'image du corps et de soi, du tonus | | | |
| - les comportements secondaires : indifférenciation entre soi et l'autre, troubles de l'apprentissage de la propreté, difficultés à interagir avec l'environnement, stéréotypies, mises en danger. | | | |
| Commentaires : | | | |
| | | | |
| 2- BILANS | | | |
| Il est recommandé de réaliser : | | | |
| - un bilan psychomoteur | | | |
| - une observation du quotidien | | | |
| - les items correspondants du PEP | | | |
| - les items correspondants de la Vineland, de la CARS | | | |
| Commentaires : | | | |
| | | | |
| 3- ACTIONS THERAPEUTIQUES | | | |
| Il est recommandé de mettre en œuvre les ateliers thérapeutiques adaptés à l'enfant, parmi un choix qui permettra de travailler les fonctions de percevoir, distinguer, relier et éprouver, tels que : éveil sensoriel, pataugeoire, cuisine thérapeutique, équitation etc. Psychomotricité | | | |
| Commentaires : | | | |
| | | | |

DOMAINE DE LA COMMUNICATION

1 - Corpus partagé et description sémiologique

Les altérations qualitatives et/ou quantitatives de la communication font partie de la définition même des syndromes autistiques. Les troubles du langage verbal (inversions pronominales, écholalie, incompréhension des métaphores...) et les modes de communication non-verbale sont également entravés à des degrés variables (mimes, gestes symboliques, pointage, regard, mimiques, postures, distance, jeux de faire-semblant, dessins...).

2 - Bilans

Le bilan orthophonique s'attache à repérer les niveaux de compréhension et d'expressions verbales, ainsi que les modalités d'utilisation du langage dans la relation à l'autre ; les capacités d'imitation, de reconnaissance des émotions, des situations sociales, de représentations des émotions et pensées d'autrui.

Cette évaluation s'appuie également sur les observations complémentaires des parents et éventuellement de l'enseignant.

3 - Actions thérapeutiques

A partir de ces constats sont mis 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 la nécessité d'utiliser les centres d'intérêts excessifs voire exclusifs de l'enfant, du moins dans un premier temps.

Par ailleurs les apprentissages dits "incidents" au cours des activités et relations quotidiennes gardent un rôle majeur.

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.

Les ateliers de jeu et d'expression sont très souvent utilisés selon des modalités variables

- mimes, comptines, chant

- jeux de faire-semblant
- ateliers marionnettes
- ateliers contes
- ateliers graphisme, peinture, modelage, écriture, BD...

Ces ateliers prennent en compte les aspects non verbaux du langage , les conditions d'émergence du langage et de la parole, dans ses fonctions d'échange, de dialogue, de partage d'émotions, dans une intermodalité permanente entre le visuel (mimiques, jeux « de coucou », regards, attention conjointe...), le sonore (mots, onomatopées, prosodie...), les échanges toniques et tactiles ; l'accordage affectif entre les deux (ou plus) partenaires, avec ses réglages subtils en terme d'optimum de nouveauté et de répétition, de rythme, de transposition modale va permettre , au travers du partage d'affect la naissance des toutes premières représentations (symbolisation primaire) et de l'intersubjectivité.

Les rééducations orthophoniques sont davantage proposées actuellement avec, au delà de la dimension technique, une attention toute particulière à la manière dont l'enfant utilise le langage dans la relation et l'échange, la mise en mot des émotions, la mise en forme du récit, sa transmission

Les psychothérapies psychodynamiques ou d'inspiration analytique visent, au travers de l'analyse des liens transférentiels (et contretransférentiels), à mettre en mots (ou en représentation) les mouvements affectifs de l'enfant et à se dégager progressivement des mécanismes de défenses autistiques et psychotiques qui entravent les processus de pensée et la relation à autrui.

Les modes de communication alternative ou augmentative. Outre l'aide à la compréhension qu'elles apportent à l'enfant, elles ont, au niveau expressif, plusieurs fonctions : répondre à une question, décrire un événement, dénommer, effectuer une demande.

Les systèmes utilisent soit le canal visuel, soit le canal gestuel, toujours accompagné du canal oral.

- Le PECS (Picture Exchange Communication System). L'accent est mis d'emblée sur les procédures de renforcement dans l'idée d'amener l'enfant à utiliser spontanément cet outil dans la communication (demandes, commentaires). Il peut être utilisé dès l'âge de 18 mois, à partir des préférences de l'enfant et repose sur des pictogrammes.

- Le Makaton a d'abord été développé pour les enfants dysphasiques, déficients intellectuels, les handicaps physiques profonds ou multisensoriels puis également utilisé auprès des enfants autistes.

FICHE DOMAINE DE LA COMMUNICATION

| Recommandations | Avis du groupe de lecture | | |
|---|---------------------------|---------|--------------|
| | D'accord | Indécis | Pas d'accord |
| 4- SEMIOLOGIE | | | |
| Il est recommandé d'explorer dans le domaine de la communication : | | | |
| - les altérations du langage verbal (inversion pronominale, écholalie...) et de la communication non verbale (pointage, regard, gestes symboliques...) | | | |
| - les comportements secondaires : l'utilisation particulière du langage dans sa forme (stéréotypie, maniérisme...), dans son usage (dimension non pragmatique) et la distorsion de la compréhension | | | |
| Commentaires : | | | |
| | | | |
| 5- BILANS | | | |
| Il est recommandé de réaliser : | | | |
| - un bilan orthophonique spécifique et adapté | | | |
| - une observation clinique par les professionnels complétée par les éléments d'observation des parents et des enseignants. | | | |
| Commentaires : | | | |
| | | | |
| 6- ACTIONS THERAPEUTIQUES | | | |
| Il est recommandé de mettre en œuvre de façon adaptée à l'enfant : | | | |
| - une rééducation orthophonique | | | |
| - l'utilisation de supports visuels (planning, images) comme repères du temps et de l'espace | | | |
| - des moyens de communication augmentative type PECS, Makaton | | | |

| | | | |
|--|--|--|--|
| <p>- des ateliers thérapeutiques, parmi un choix qui permettra de travailler les capacités de partage d'émotion, d'intermodalité entre le visuel, le sonore, le tactile et le tonique, tels que : mime, comptines, chant, jeux de faire-semblant, graphisme, peinture, modelage etc.</p> | | | |
| <p>- une psychothérapie psychodynamique pour aider l'enfant à se dégager progressivement des défenses autistiques</p> | | | |
| <p>Commentaires :</p> | | | |

DOMAINE DE L'EMOTION, ANGOISSE ET COMPORTEMENT

1 - Corpus partagé

L'angoisse et le vécu émotionnel sont des états internes à la personne, le comportement en est une expression extérieure.

L'angoisse et les troubles du comportement qui peuvent en résulter sont plus fréquents qu'en population générale, sources de souffrances pour la personne, son environnement et de difficultés majeures dans l'accompagnement, voire d'exclusion.

L'angoisse est souvent en lien avec les particularités sensorielles et motrices de l'autiste (domaine sensori-moteur) ainsi que les perturbations de la cognition émotionnelle, et l'altération de la communication (domaine communication), en effet la difficulté à déchiffrer les messages verbaux et non verbaux qui arrivent de l'extérieur ainsi que l'impossibilité à exprimer besoins, désirs, douleurs, inconforts contribuent à provoquer une exacerbation de l'expression comportementale. Le comportement est une résultante de multiples facteurs, qui doivent être explorés pour le comprendre, dans son sens et dans sa fonction pour la personne.

L'autiste perçoit et observe la forme et non l'intention et l'implicite du comportement, il est concerné par le résultat concret, visible de l'action.

Le retentissement du niveau intellectuel sur le comportement est à prendre en compte.

2 -Description sémiologique

Les expressions peuvent être très variées dans leur forme et leur intensité, on décrit : des crises de tantrum, des désorganisations physiques et psychiques, donnant lieu, parfois, à de l'auto ou hétéro-agressivité, des formes moins sévères avec pleurs, instabilité psychomotrice, et aussi de l'agitation, de l'hyperactivité, des cris (enveloppe sonore, retentissement des cris des autres), ainsi que des manifestations sur un versant d'inhibition, d'isolement et de passivité.

Les troubles fonctionnels affectent aussi bien le sommeil, l'alimentation, le transit intestinal, énurésie.

Les stéréotypies sont fréquentes et envahissantes, elles peuvent être sensorielles, motrices, verbales, idéiques

3 - Bilans

Analyse du comportement par l'observation du quotidien (familiale et institutionnelle) comprenant ou non des éléments de l'analyse fonctionnelle du comportement de Magerotte et Willaye.

4 - Actions thérapeutiques

Nous intégrons ces données à notre réflexion et cherchons à maîtriser et analyser notre comportement pour éviter que l'enfant ne s'enferme dans ces liens erronés.

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.

Pour y remédier, il est nécessaire de créer un contenant sécuritaire à travers différentes formes d'enveloppements, à travers la structuration du temps et de l'espace qui facilite la perception de l'environnement et de la causalité des faits et de mettre tout en œuvre pour améliorer la compréhension verbale.

Nous pouvons intervenir par rapport aux stéréotypies envahissantes de la manière suivante :

- signifier l'interdit clairement
- en proposant à l'enfant : une « localisation », lieux et temps où la stéréotypie est possible, une activité dérivée qui lui permette la satisfaction pulsionnelle
- aider l'enfant à diversifier ses intérêts et motivations

La douleur est à rechercher, à calmer et ses causes à soigner

La prescription médicamenteuse adaptée aux troubles du comportement est parfois nécessaire.

FICHE DOMAINE DE LA SPHERE EMOTIONNELLE, ANGOISSE ET COMPORTEMENT

| Recommandations | Avis du groupe de lecture | | |
|---|---------------------------|---------|--------------|
| | D'accord | Indécis | Pas d'accord |
| 7- SEMIOLOGIE | | | |
| Il est recommandé d'explorer dans le domaine du comportement : | | | |
| - les angoisses de morcellement (sensorielles, motrices) | | | |
| - les angoisses d'origine émotionnelle (altération de la communication et de la compréhension de l'autre et de lui même) | | | |
| - les comportements secondaires : stéréotypies, auto ou hétéro-agressivité, agitation, crises de colère ; inhibition, repli, passivité ; troubles fonctionnels (sommeil, alimentation, transit) | | | |
| Commentaires : | | | |
| 8- BILANS | | | |
| Il est recommandé de réaliser : | | | |
| - une observation du quotidien | | | |
| - les items correspondants de la CARS | | | |
| - les items correspondants de la Vineland | | | |
| Commentaires : | | | |
| 9- ACTIONS THERAPEUTIQUES | | | |
| Il est recommandé dans tous les aspects de la prise en charge : | | | |
| - d'être attentif à nos attitudes, notre communications verbale/non verbale | | | |
| - de créer un contenant sécuritaire à travers : . différentes formes d'enveloppement . la structuration du temps et de l'espace | | | |
| - de rechercher et soulager une douleur éventuelle | | | |
| - de faire les prescriptions médicamenteuses nécessaires | | | |
| Commentaires : | | | |

DOMAINE PEDAGOGIQUE

1 - Corpus partagé

Le développement cognitif, intellectuel et l'acquisition des savoirs fait partie intégrante du projet de prise en charge de l'enfant autiste. Il est acquis que le développement des capacités même de pensée, de création de liens, de capacités de catégorisations et de métaphorisation sont des points très importants dans le soin apporté à la personne autiste.

Les aménagements de la scolarisation sont différentes suivant la présence ou non, dans l'équipe soignante, d'enseignants spécialisés et du statut de l'enfant par rapport à l'école ordinaire ou intégration partielle en structure médico-éducative.

Nous pouvons décrire des situations différentes pour la scolarisation des enfants autistes :

La scolarisation provisoirement uniquement en hôpital de jour.

L'intégration.

L'inclusion.

On décrit certaines caractéristiques reconnues chez l'enfant autiste en situation d'apprentissage :

A - Au niveau cognitif il est repéré

- La difficulté de généraliser
- Le traitement séquentiel plutôt que le traitement simultané de l'information
- La focalisation sur les détails, la difficulté à la globalisation.
- La recherche du sens implicite est difficile.
- La psychorigidité ne permet pas les doubles sens ni les jeux de mots
- Les fonctions exécutives seraient défaillantes dans leur fonction de résolution de problèmes, d'anticipation de sélection des données, de choix des actions et de planification ;
- Les processus d'inhibition (bloquer une réponse automatisée) de flexibilité cognitive (processus d'adaptation cognitif) seraient peu performants.
- Le défaut de théorie de l'esprit a comme conséquence la difficulté à se décentrer de

soi même dans son propre raisonnement et dans la perception de celui d'autrui.

B - Au niveau psychoaffectif

Certains processus psychiques sont nécessaires à la situation d'apprentissage comme :

- Se reconnaître différent de l'autre.
- Avoir une certaine capacité à tolérer la surprise, la frustration
- Avoir des capacités d'imitation, des possibilités d'autonomisation
- Devenir capable d'apprentissage c'est pouvoir sortir de l'immuabilité.

2 - Bilans

Psychomoteur : élément du schéma corporel et de l'enveloppe corporelle (capacité à dessiner des formes fermées), l'accès au pointing protodéclaratif, marqueur d'attention conjointe

Bilan pédagogique

Items du PEP

Bilan psychologique, WISC, WIPPSY Bilan cognitif

Bilan orthophonique

Observation clinique, il apparaît primordial que l'enfant soit capable de créer des liens entre objet-image-mot.

3 - Actions thérapeutiques

A - Rendre l'environnement cohérent, sécurisant pour cela il est souhaitable de

1- Structurer l'espace : l'anxiété de l'enfant baisse quand il a des repères solides, stables et précis.

2- Structurer le temps : il faut lui permettre de se forger une représentation du temps à l'aide d'horloges visuelles et de séquences.

B - Faciliter la communication et la compréhension par l'adaptation des supports et l'allègement des tâches

- 1- L'utilisation de supports visuels en appui à la communication:
- 2- Adaptation du matériel.
- 3- Adapter le langage au niveau de compréhension supposé : les double sens, le jeu de mot sont incompréhensibles.
- 4- Rendre le plus possible l'abstrait concret (le non dit, le verbal)
- 5- Simplifier les apprentissages en fragmentant les étapes de l'exercice avant d'accéder à la totalité

C - Respecter le rythme de fonctionnement de l'enfant pour prévenir les états de désorganisation.

FICHE DOMAINE PEDAGOGIQUE

| Recommandations | Avis du groupe de lecture | | |
|--|---------------------------|---------|--------------|
| | D'accord | Indécis | Pas d'accord |
| 10- SEMIOLOGIE | | | |
| Il est recommandé d'explorer dans le domaine pédagogique, en lien avec l'école : | | | |
| - les altérations et les particularités du développement cognitif, intellectuel et l'acquisition des savoirs | | | |
| - les difficultés secondaires d'apprentissage qui peuvent se repérer sous le double aspect cognitif et psychoaffectif : <ul style="list-style-type: none"> . Cognitif : difficulté de généralisation, traitement séquentiel, difficulté de perception de l'implicite . Psychoaffectif : capacité d'imitation, d'autonomie, capacité à tolérer la frustration, à se sentir différent de l'autre | | | |
| Commentaires : | | | |
| | | | |
| 11- BILANS | | | |
| Il est recommandé de réaliser : | | | |
| - un bilan psychomoteur | | | |
| - un bilan ergothérapeutique dans certains cas | | | |
| - un bilan pédagogique | | | |
| - un bilan psychologique et profil cognitif | | | |
| - un bilan orthophonique | | | |
| - les items correspondants du PEP | | | |
| - une observation clinique | | | |
| Commentaires : | | | |
| | | | |

| | | | |
|--|--|--|--|
| 12- ACTIONS THERAPEUTIQUES | | | |
| Il est recommandé de façon adaptée à l'enfant : | | | |
| - de rendre l'environnement cohérent | | | |
| - de faciliter la communication et la compréhension en utilisant aussi du matériel informatique spécialisé et adapté | | | |
| - de respecter le rythme de fonctionnement de l'enfant | | | |
| Commentaires : | | | |
| | | | |

DOMAINE DE LA SOCIALISATION

1 - Corpus partagé

Les troubles des interactions sociales constituent l'un des symptômes majeurs de l'autisme.

La socialisation est un processus progressif et cumulatif par lequel l'individu apprend et intériorise les normes et les valeurs dominantes de son environnement. Cela implique à la fois une appropriation active, intériorisée et une intégration sociale du sujet au sein de groupes familiaux, amicaux et scolaires, dimension altérée chez l'autiste.

Les modèles psychodynamique, développemental et cognitif nous aident à mieux appréhender les difficultés des enfants autistes sur le plan des interactions sociales et nous aident à concevoir des formes d'interventions spécifiques.

2 - Description sémiologique

Les signes des troubles de l'interaction sociale peuvent se décliner dès les premiers échanges, de manière très précoce :

- Le contact visuel
- Le contact auditif
- Les difficultés d'ajustement tonico-moteur
- Le sourire social
- Le manque de pointage et d'attention conjointe.

Au fur et à mesure du développement, les difficultés d'initier les interactions sont mieux repérées.

- L'exploration de l'environnement est défailante.
- L'imitation sociale est peu développée.
- Les modalités de la relation à l'autre sont particulières
- La recherche d'immuabilité de l'environnement

Le retrait autistique se caractérise par une incapacité à établir une relation interpersonnelle.

En résumé, le principal symptôme qui amène à la consultation est la difficulté pour les parents à entrer en contact avec leur enfant, et leur doute quand à la capacité de celui-ci à les reconnaître en tant que parents ou “individus différenciés”. Le repli, l'isolement, l'autosuffisance sont aussi mis en avant durant ces échanges avec les parents.

3 - Bilans

Les différents bilans utilisés découlent de l'observation clinique et des échanges avec l'entourage.

On peut utiliser certains items de la Vineland, de l'ADOS, du PEP.

4 - Actions thérapeutiques

- Les situations sont toujours séquencées mais aussi reliées par la mise en récit des absences et des discontinuités faisant en sorte que l'enfant s'inscrive dans une histoire temporelle et affective.

- Le temps de l'accueil où l'enfant apprend peu à peu à se repérer dans le temps et dans la structure.

- Les premiers temps d'échange visent à faire prendre conscience à l'enfant de l'existence de l'autre. Divers médiateurs sont utilisés.

Ce n'est que petit à petit que le travail thérapeutique spécifique autour de la socialisation prend forme.

- Les temps d'activités qui sont support d'observation, d'apprentissages varient selon les capacités de l'enfant, les jeux de rôles, de mise en situation, aident l'enfant à acquérir des habiletés sociales

- Toutes ces activités peuvent se faire dans le cadre de temps individuel, de groupe, à l'intérieur de la structure ou à l'extérieur.

- Le temps du repas est un temps de compréhension intégration de règles sociales.

- Les temps de rencontres avec les parents et les autres intervenants.

FICHE DOMAINE SOCIALISATION

| Recommandations | Avis du groupe de lecture | | |
|--|---------------------------|---------|--------------|
| | D'accord | Indécis | Pas d'accord |
| 13- SEMIOLOGIE | | | |
| Il est recommandé d'explorer dans le domaine de la socialisation : | | | |
| - les capacités d'intériorisation des normes et des valeurs qui sous-tendent la socialisation | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> - les comportements secondaires : altération des contacts visuels et auditifs, de l'imitation sociale et des modalités de relations à l'autre - la résistance aux changements (immuabilité) | | | |
| Commentaires : | | | |
| | | | |
| 14- BILANS | | | |
| Il est recommandé de réaliser : | | | |
| - des temps d'observation dans différentes situations sociales | | | |
| - les items correspondants de la Vineland, CARS | | | |
| - les items correspondants de l'ADOS | | | |
| - les items correspondants du PEP | | | |
| Commentaires : | | | |
| | | | |
| 15- ACTIONS THERAPEUTIQUES | | | |
| <p>Il est recommandé de façon adaptée à l'enfant de proposer des activités (individuelles, en groupe, intérieures ou extérieures) support de mise en situation, pour aider l'enfant à acquérir des habiletés sociales.</p> <p>De contribuer à rendre plus accessible l'environnement</p> <p>De favoriser l'inclusion scolaire et sociale</p> | | | |
| Commentaires : | | | |
| | | | |

DOMAINE EDUCATIF – AUTONOMIE PROXIMALE

1 - Corpus partagé

L'autonomie commence dès la naissance. En effet, le bébé explore l'environnement, il imite. Au fil des mois, l'enfant développe de nouvelles compétences qui évoluent au fur et à mesure qu'il grandit. L'éducation permet d'accéder à l'autonomie.

L'éducation, comme projet et comme action en direction de l'être humain, vise à lui faire intégrer sa place pleine et entière dans sa propre communauté et donc accéder à son autonomie.

L'autonomie proximale est une étape qui se déroule, en premier lieu, au sein de la famille et qui passe par l'apprentissage de la vie quotidienne. L'habillement, l'alimentation, la propreté, l'hygiène, acquis en relation, sont autant d'expériences qui construisent l'enfant dans son autonomie.

L'autonomie sociale correspond à l'ouverture sur le monde extérieur.

Travailler l'autonomie avec les enfants autistes nous invite à faire des liens entre les différentes approches (corporelles, psycho-dynamique, éducative) et prendre conscience que la tendance à la ritualisation et à l'immuabilité du sujet autiste est un frein à l'autonomie.

A- Approche cognitive :

L'enfant autiste a des particularités sensorielles qui influencent directement ou indirectement son autonomie dans la vie quotidienne et qui l'empêchent de faire des choix, définir des stratégies.

Il présente régulièrement un dysfonctionnement dans les imitations qui restent très sélectives et fragmentaires.

B- L'approche psycho-dynamique :

Met en évidence les angoisses importantes du début de la vie et rend compte des défaillances corporelles de l'enfant autiste.

Ces fragilités peuvent interférer et perturber l'étape de l'apprentissage de la propreté, qui, très souvent, révèle de douloureuses angoisses archaïques.

L'enfant n'étant pas contenu dans une enveloppe qui l'unifie et le protège peut vivre toute stimulation extérieure comme une agression. D'où la difficulté rencontrée par certains

autistes d'être touché par l'autre. La mise en place du sentiment d'exister reste problématique, il peut être indifférent aux signaux en provenance de son propre corps soit qu'il ne les perçoit pas, soit qu'il n'en intègre pas le sens.

2 -Description sémiologique

On note des altérations dans tout ce qui concerne les actes de la vie.

- Alimentation :

- Apparition de rituels
- Reniflage d'aliments
- Compulsivité alimentaire
- Ingestion de substances non comestibles

- Hygiène corporelle : l'enfant autiste n'a pas une pleine conscience de son corps, et il n'est pas dans « le prendre soin de soi ».

- Propreté sphinctérienne : les troubles du transit sont fréquents.

- Habillage – déshabillage : les difficultés de coordination peuvent entraver l'habillage. L'enfant peut ne pas être sensible aux changements de température.

- Autonomie familiale : les activités décrites sont très ritualisées et difficiles à gérer par la famille. L'enfant manque d'initiative et se montre très exigeant.

- Autonomie sociale : on retrouve des troubles de l'orientation temporo-spatiale, un manque d'initiative ainsi qu'un manque de connaissances des conventions sociales, parfois un hyperinvestissement des modes de transports publics, des panneaux etc.

3 - Bilans

- Entretiens avec la famille, complétés par les observations réalisées par les professionnels, éventuellement au domicile familial

- Bilan psychomoteur (évaluation de la capacité d'imitation)

- Bilan orthophonique (évaluation des praxies faciales)
- Les items correspondants de la Vineland , CARS
- Les items correspondants du PEP

4 - Actions thérapeutiques

De nombreux groupes thérapeutiques sont proposés pour travailler l'autonomie.

Il est nécessaire de vérifier, pour chaque activité, quelles compétences sont nécessaires et mettre en place des interventions permettant de développer ces aspects.

- Clarifier l'espace, le temps
- Simplifier les tâches ainsi que les consignes verbales
- Développer les praxies, les perceptions tactiles, la perception visuelle
- Développer l'autonomie par l'apprentissage des déplacements sur l'extérieur, la découverte de nouveaux goûts et l'acquisition de la propreté
- Développer les compétences psychomotrices globales : rééducation psychomotrice, connaissance du schéma corporel, travail sur les coordinations, les postures...

FICHE DOMAINE EDUCATIF-AUTONOMIE PROXIMALE

| Recommandations | Avis du groupe de lecture | | |
|---|---------------------------|---------|--------------|
| | D'accord | Indécis | Pas d'accord |
| 16- SEMIOLOGIE | | | |
| Il est recommandé d'explorer dans le domaine éducatif : | | | |
| - les difficultés d'accès à l'autonomie proximale, à l'autonomie sociale | | | |
| - les comportements secondaires : altérations dans la vie quotidienne (alimentation, hygiène, propreté, autonomie au sein de la famille et de la vie sociale) | | | |
| Commentaires : | | | |
| 17- BILANS | | | |
| Il est recommandé de réaliser : | | | |
| - des temps d'observation dans la famille - des temps d'observation dans le quotidien du service | | | |
| - un bilan psychomoteur (imitation) | | | |
| - un bilan orthophonique (praxies faciales) | | | |
| - les items correspondants de la Vineland | | | |
| - les items correspondants du PEP | | | |
| Commentaires : | | | |
| 18- ACTIONS THERAPEUTIQUES | | | |
| Il est recommandé, de façon adaptée à l'enfant, de proposer des activités suivant les compétences à développer : | | | |
| - praxiques, visuelles, tactiles | | | |
| - psychomotrices globales | | | |
| - autonomie dans la vie quotidienne (repas thérapeutique, atelier pataugeoire, piscine etc.) - dans l'environnement (séjours thérapeutiques) | | | |
| Commentaires : | | | |

DOMAINE DES RESSOURCES FAMILIALES

1 - Corpus partagé

L'apport des connaissances cognitives et neurobiologiques, le large accès aux informations, la désacralisation de la place du médecin dans la société, les lois gérant la place de l'enfant handicapé dans la société (2002 et 2005) ont modifié en profondeur les liens qui unissent l'enfant et ses parents aux équipes soignantes. Cet ensemble modifie profondément la relation de la famille au pédopsychiatre, la plaçant sous l'angle du partenariat dans des rôles qui doivent restés cependant bien différenciés.

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. Notre rôle est celui de soutenir, d'étayer, de susciter le changement en favorisant la compréhension des processus autistiques.

2 - Actions thérapeutiques

Dès que possible, le diagnostic est assorti d'informations relatives à l'état des connaissances actuelles sur l'autisme. On travaille également le vécu parental de l'annonce du diagnostic.

Le deuxième temps de la rencontre aborde la prise en charge dont les modalités et les objectifs doivent être présentés de la manière la plus explicite pour que les parents puissent en partager la finalité avec l'équipe de soin.

La place de partenaire favorise le travail de renarcissisation et de déculpabilisation des parents et réduit ainsi les effets de rivalité parents/ soignants.

L'alliance se scelle et se construit dans une préoccupation des problèmes rencontrés au quotidien.

Un travail de collaboration réciproque avec les parents passe entre autre par :

- le respect de chacun.
- l'élaboration des parents sur leur parentalité
- des échanges sur les différences de représentation entre la famille et les soignants
- une information sur les droits sociaux
- un lieu d'expression avec les autres familles

La prise en charge globale passe par un travail de réseau avec les acteurs gravitant autour de l'enfant : école, centre de loisirs

Résumé des formes possibles du travail avec les parents :

- Consultations régulières avec le médecin psychiatre de l'unité
- Temps d'échange formel et informel avec l'équipe
- Visite à domicile
- Groupe de parole parents, fratrie
- Entretien avec l'assistante sociale

FICHE DOMAINE DES RESSOURCES FAMILIALES

| Recommandations | Avis du groupe de lecture | | |
|---|---------------------------|---------|--------------|
| | D'accord | Indécis | Pas d'accord |
| 19- SEMIOLOGIE | | | |
| Il est recommandé, dans le domaine des ressources familiales, de faciliter l'alliance thérapeutique gage d'une qualité de soin, de prendre en compte « le savoir » des parents sur leur enfant | | | |
| Commentaires : | | | |
| 20- ACTIONS THERAPEUTIQUES | | | |
| Il est recommandé : | | | |
| - de poser et transmettre un diagnostic assorti d'une information | | | |
| - d'échanger sur le projet de prise en charge | | | |
| - de définir des formes de travail avec les parents : consultations régulières, temps d'échanges formels et informels, (cahier de liaison, téléphone..) visites à domicile, groupe de parole, aide aux démarches sociales | | | |
| - d'être attentif aux mécanismes d'ajustements familiaux qui peuvent devenir nuisibles | | | |
| Commentaires : | | | |

SUIVI SOMATIQUE ET PHARMACOLOGIQUE

1 - Corpus partagé

Le suivi somatique est à prendre en compte car il contribue :

- à une meilleure qualité de la vie
- à une plus grande disponibilité pour la prise en charge
- à la prévention des troubles du comportement.

Les difficultés propres aux processus autistiques rendent souvent problématique cette prise en compte en raison de :

- l'incapacité de l'enfant à exprimer ses ressentis en particulier la douleur et ses localisations
- l'atypicité des perceptions
- l'anomalie du schéma corporel et les angoisses qui s'y rattachent
- la fréquence des troubles du sommeil, de l'alimentation etc.

2 - Actions thérapeutiques

- Dispositions générales en terme d'organisation sanitaire pour favoriser l'accès aux soins des personnes autistes (voir Plan Autisme)
- Devant tout changement de comportement :
 - . Dépister les phénomènes qui sont, en lien à l'hypersensibilité de l'enfant, à l'origine de difficultés variées au niveau du comportement
 - . Dépister la douleur : il faut penser à des phénomènes douloureux car l'enfant ne s'exprime, souvent, que par le comportement.

- Éducation à la santé : aider l'enfant à développer les capacités d'expression de ses ressentis corporels et à supporter les soins par une habitude à l'hygiène , aux soins, aux visites chez le médecin, le dentiste.

- Refaire régulièrement les bilans neuropédiatrique, ORL, OPH, orthoptique ...

3 - Suivi pharmacologique

Une discussion bien argumentée bénéfices /risques est toujours nécessaire ainsi que l'information aux familles.

- En s'appuyant sur la littérature nous savons que les antipsychotiques peuvent avoir un effet positif sur l'anxiété, les troubles du comportement et les troubles du sommeil.

Il est nécessaire de prescrire selon des protocoles qui comportent un bilan préthérapeutique et un suivi régulier du traitement.

- D'autres prescriptions peuvent concerner les troubles du sommeil, l'hyperactivité, les TOC, l'épilepsie.

FICHE DOMAINE DU SUIVI SOMATIQUE ET PHARMACOLOGIQUE

| Recommandations | Avis du groupe de lecture | | |
|---|---------------------------|---------|--------------|
| | D'accord | Indécis | Pas d'accord |
| 21- SEMIOLOGIE | | | |
| Il est recommandé d'explorer dans le domaine du suivi somatique : | | | |
| - d'être attentif au suivi somatique habituel de l'enfant | | | |
| - devant tout changement de comportement, . de chercher à en dépister les causes dans l'environnement . de dépister la douleur | | | |
| Commentaires : | | | |
| | | | |
| 22- ACTIONS THERAPEUTIQUES | | | |
| Il est recommandé dans tous les aspects de la prise en charge : | | | |
| - de contribuer à améliorer l'accès aux soins des enfants autistes (Plan autisme) | | | |
| - d'habituer l'enfant aux soins (hygiène, visite chez le médecin, le dentiste) | | | |
| - de refaire à intervalles réguliers les bilans neuropédiatrique, ORL, OPH et orthoptique | | | |
| - de faire les prescriptions médicamenteuses nécessaires ; dans ce cas : . discussion bénéfice-risque argumentée . information à la famille . bilan préthérapeutique, suivi régulier de l'efficacité et de la tolérance du traitement | | | |
| Commentaires : | | | |
| | | | |

DOMAINE DES ARTICULATIONS INTRA ET EXTRA- INSTITUTIONNELLES

1 - Corpus partagé

La prise en charge d'un jeune enfant, présentant des troubles autistiques, s'inscrit dans le temps. Elle va mobiliser, au fur et à mesure ou simultanément, 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.

- La question des articulations internes à une unité pédopsychiatrique se pose en raison de la sévérité des troubles de la communication et des troubles des relations sociales qui confrontent les soignants à la difficulté de garder une qualité thérapeutique dans la durée

- Les prises en charge des enfants autistes évoluent vers des systèmes ouverts. Il s'agit alors de la question des articulations avec des institutions extérieures.

- Les centres de référence de diagnostic et d'évaluation des troubles autistiques amènent à expérimenter une autre forme d'articulation.

2- Description des articulations internes

La prise en charge se décline suivant le projet de soin individualisé qui peut comporter des prises en charge individuelle ou groupale, en psychomotricité, en orthophonie, en psychothérapie, sous forme d'intervention éducative.

Les temps de réflexion et d'élaboration rythment l'ensemble de la prise en charge et assurent sa cohérence.

Le temps fort de la vie institutionnelle est appelé la synthèse au cours de laquelle le bilan de l'état de l'enfant, de son évolution ainsi que des actions entreprises est effectué par l'ensemble de l'équipe. C'est à partir de ces conclusions que se dégagent des pistes pour le projet individualisé. Elle a lieu au moins une fois par an.

La nature du travail thérapeutique en hôpital de jour et plus largement au sein des services de psychiatrie infanto-juvénile s'appuie sur les apports de la psychothérapie institutionnelle elle-même nourrie de courants divers : psychanalytique, systémique, communautaire, groupal.

3 - Description des articulations externes

Les articulations avec les autres institutions :

- L'école :

L'organisation régulière de réunion rassemblant parents, enseignants, soignants, permettent un travail commun d'approche des modes de fonctionnement de l'enfant élève, ses difficultés d'intégration, ses secteurs d'ouverture relationnelle et ses ébauches de compétence.

- Les institutions médico-sociales :

La complémentarité est issue aussi de ce qui différencie les deux entités à savoir : la pédopsychiatrie qui se centre davantage sur la construction du sujet et le médico-social plus centré sur la question de la relation sociale et de l'adaptation du sujet.

- Les articulations entre unité de prise en charge et unité d'évaluation :

Elle demande un travail de collaboration, de connaissance et reconnaissance réciproque qui doit évoluer sous les auspices d'une clarification des missions des uns et des autres dans le but d'aider les enfants et les parents.

- Les articulations avec la MDPH

- Les articulations avec les associations des usagers.

FICHE DOMAINE DES ARTICULATIONS INTRA ET EXTRA INSTITUTIONNELLES

| Recommandations | Avis du groupe de lecture | | |
|--|---------------------------|---------|--------------|
| | D'accord | Indécis | Pas d'accord |
| 24- SEMIOLOGIE | | | |
| Il est recommandé, dans le domaine des articulations, d'explorer la sévérité et la diversité des troubles et la multiplicité des prises en charge nécessitant des articulations internes et externes. | | | |
| Commentaires : | | | |
| 25- ACTIONS THERAPEUTIQUES | | | |
| Il est recommandé : | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> - dans le domaine des articulations internes, de maintenir la cohérence d'un travail d'équipe à travers des temps de réflexion et d'élaboration (reprise, supervision, formation) - la synthèse de la situation de chaque enfant doit avoir lieu au moins une fois par an | | | |
| - dans le domaine des articulations externes, de créer des liens avec les autres institutions prenant en charge l'enfant (école, institution médico-sociale) sous forme de réunions, échanges téléphoniques etc., définissant des objectifs communs | | | |
| - d'avoir une attention particulière pour les liens entre unité de prise en charge et unité d'évaluation (régionale) | | | |
| - d'informer et d'accompagner les parents dans leurs démarches auprès de la MDPH | | | |
| Commentaires : | | | |

NOTE EXPLICATIVE A L'USAGE DES GROUPES DE LECTURE

Les groupes de lecture sont formés par des équipes pluri-professionnelles des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile.

Nous vous demandons de lire la version longue des 10 domaines de prise en charge de l'autisme. La version courte en reprend les points principaux et sert d'appui pour vous aider à compléter les 10 fiches.

1 - Cocher chaque item selon l'avis majoritaire du groupe.

2 - Dans la rubrique commentaire, vous pourrez :

- exprimer une appréciation globale,
- compléter, préciser ou rajouter des items,
- argumenter vos avis, par exemple : divergences théoriques (bibliographie à l'appui), autres choix, pas de moyens en termes professionnels, en place d'hospitalisation, en formation spécifique etc.

En vous remerciant de participer à ce travail, nous vous souhaitons une bonne lecture et de bonnes discussions en équipe.

En conclusion

Nous avons voulu témoigner de l'engagement des équipes de soins des services de psychiatrie infanto juvénile dans la prise en charge des enfants autistes, formaliser et rendre plus lisible une pratique riche d'apports théoriques et d'expériences. Nous pensons également que nos soins et nos organisations ont constamment évolué et ils continuent sous l'impulsion des connaissances et des exigences sociales, nous avons souhaité contribuer à cette démarche d'adaptation.

Nous souhaitons que d'autres équipes des secteurs de psychiatrie infanto juvénile puissent mettre à l'épreuve ce travail, et qu'il puisse être une base d'échange dans le but d'améliorer nos pratiques de prise en charge des ces enfants.

Ce travail a été présenté :

- A la FFP dans le cadre des Journées d'Évaluation des Pratiques Professionnelles en 2008 et 2009
- Au Congrès Annuel de la SFPEDEA Lille (2009)
- Actualité de l'Autisme, Journée organisée par le Centre de Formation, Centre Hospitalier de CADILLAC (avril 2010)

Il a été lu par le Docteur J. CONSTANT et par le Professeur J.P. RAYNAUD, par le Professeur R. MISES

Il a été lu, annoté et commenté par :

- le Docteur G. DUPUY, médecin responsable du CRA Pays de Loire
- le Docteur M. CHARLERY, Chef de service de Psychiatrie Infanto Juvénile, CHS Cesame, Ste Gemmes sur Loire
- par Monsieur Y. ROLLIER, Directeur du CREAM de Bretagne
- par l'ADAPEI du Finistère

Équipes de soins qui ont expérimenté l'évaluation et qui en ont présenté les commentaires lors du la réunion du 29 avril 2010 :

- Services de Psychiatrie infanto-juvénile :
 - EPSM Quimper (Docteur M.T. ROGNANT)
 - CH Saint-Brieuc (Docteur K. De SAINT JUST)
 - CHU Brest (Docteur S. PEDEN)
 - CHS Guillaume Reigner (Docteur P. GUILLEMOT)

Bibliographie

Prise en charge en Secteur de Psychiatrie Infanto-Juvenile des jeunes enfants souffrant de TED

(avril 2010)

Bibliographie sélective francophone réalisée pour l'AEFCP par Nathalie Berriau, coordinatrice du réseau documentaire en santé mentale ascodocpsy.

Contacts :

Ascodocpsy : Nathalie Berriau, nberriau@arhm-sjd.fr (04 37 90 13 07 / 06 82 44 18 24)

AEFCP : Nicole Garret-Gloanec, nicole.garret@wanadoo.fr

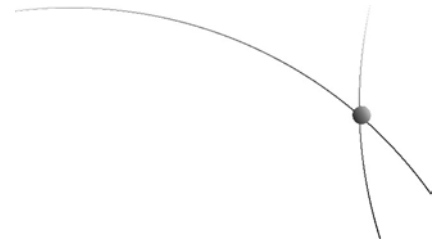
L'AUTISME AUJOURD'HUI [numéro spécial]
Médecine et Enfance. Vol. 25. N° 5 (2005)

[s.n].
Témoignage d'une famille autour du projet Escape.
ANAE 2006 ; 18(86) : 35-6.

[s.n].
Pour un accompagnement de qualité des personnes avec autisme ou autres troubles envahissants du développement. Recommandations de bonnes pratiques professionnelles.
Paris : Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux, 2010.

ACEF S.
Accès aux soins et autismes, un défi de santé publique
SESAME
2009
169, 10-7

L'évaluation psychologique longitudinale du développement cognitif des enfants avec autisme : étude de la trajectoire développementale
ADRIEN (J.-L.), GATTEGNO (M.-P.), KREMER (A.), ABENHAIM (N.)
ANAE, approche neuropsychologique des apprentissages chez l'enfant
2007
1, 19, 91, 41-47 : tabl., ill. ; biblio. (31 ref.)



Etude préliminaire de la validation d'un nouvel instrument, la BECS (Batterie d'Evaluation Cognitive et Socio-émotionnelle), pour l'évaluation du développement psychologique d'enfants avec autisme

ADRIEN (J.L.), BLANC (R.), THIEBAUT (E.), GATTEGNO (M.P.), NADER-GROSBOIS (N.), KAYE (K.), PLUVINAGE (C.), MARTINEAU (C.), CLEMENT (M.), MACHAULT (Ch.), HIPEAU-BERGERON (C.H.), BRETIERE (M.), MALANDAIN (Ch.), BARTHELEMY (C.)

Institut de psychologie, Université René Descartes, Paris 5, Cabinet de psychologie ESPAS-IDDEES. Journée scientifique, 2004-10-23

ANAE, approche neuropsychologique des apprentissages chez l'enfant
2005

17, 3-4, 83-84, 165-168 : ill. ; biblio. (14 ref.)

Ecole maternelle et accueil de la diversité

AFGOUSTIDIS (Dimitri, Dir.), BENOIT (Hervé, Dir.), GÖRANSSON (Kerstin), KRON (Maria), SERRANO (Ana Maria), LIMA AFONS (Joana), KARLSSON (Maria), ALHROUB (Anies), ALMEIDA SABADINI (Maria Patricia F.), METRA (Maryse), CÉLESTE (Bernadette), PHILIP (Christine), LEWI-DUMONT (Nathalie), VANBRUGGHE (Anne), COUTERET (Patrice), RIOUX (Muriel), COSTANTINI (Chantal), TOUBERT-DUFFORT (Danièle), ROUSSEAU (François)

La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation

2009

46, 7-190 : tabl., ill. ; biblio. (dissem.)

La scolarisation des enfants avec autisme, vue du côté des familles de Sésame-Autisme

AGARD (Jean-Louis)

Sésame-Autisme, Paris, FRA

Sésame

2008

165, 4-6

AITKEN KJ, TREVARTHEN C.

L'organisation soi-autrui dans le développement psychologique humain.

PSYCHIATRIE DE L'ENFANT 2003 ; 46(2) : 471-520.

AKOURY DIRANI L.

La thérapie d'étayage cognitif et affectif TECA : une vignette clinique.

DEVENIR 2005 ; 17(2) : 123-40.

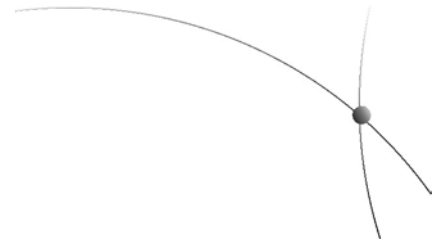
ALBERNHE K, ALBERNHE T.

La thérapie familiale systémique associée aux prises en charge séquentielle de l'enfant dans le cadre de l'hospitalisation de jour en pédopsychiatrie : un exemple de thérapie brève ?

PSY-CAUSE 2007 ; (50) : 7-10.

Cliniques plurielles de l'autisme

ALBERT (Eric, Coord.), GUILLE (Jean-Marc, Coord.), CHAMAK (Brigitte), COHEN (David), AMIET (Claire), SOUBEYRAND (Edith), XAVIER (Jean), VUAILLAT (Sabine),



LENFANT (Anne-Yvonne), LEROY (Catherine), BONELLI (Franck), GOEB (Jean-Louis), DEWITTE (Bernard), AMY (Marie-Dominique)
COORDINATION INTERNATIONALE DES PSYCHOTHERAPEUTES
PSYCHANALYSTES S'OCCUPANT DE PERSONNES AVEC AUTISME, CIPPA
Perspectives psy
2007
46, 3, 215-297 : tabl., ill. ; biblio. (dissem.)

ALGRANTI-FILDIER B.
Autisme, Naissance, Séparations, L'HARMATTAN Ed. 2000

ALGRANTI FILDIER B.
Psychanalyse de l'enfant avec autisme aujourd'hui.
PERSPECTIVES PSY 2006 ; 45(3) : 217-20.

ALLIONE M.
L'atmosphère institutionnelle et ses petits riens in: BOUKOBZA, C. (dir.). - La psychanalyse, encore ! Ramonville Sainte Agne, Erès, 2006, pp. 113-123

ALLOUCH E.
Différenciation entre autisme et psychose infantile.
EVOLUTION PSYCHIATRIQUE 2004 ; 69(4) : 605-15.

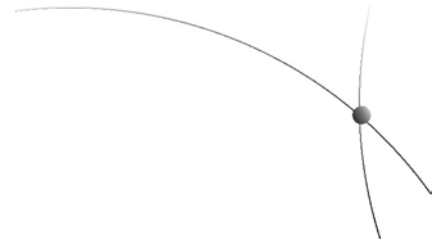
ALMEIDA V, ADRIEN JL, COQ JM, LEFEBVRE DESNOETTES A, SARFATY J.
Etudes de l'imitation gestuelle immédiate, du jeu symbolique et de la compréhension du langage et de leur lien développemental dans l'autisme de l'enfant.
ANAE 2007 ; (91) : 49-59.

ALVAREZ A . REID S
Autisme et personnalité, Ed du HUBLLOT. 2001.

ALVAREZ, Anne ; VERECKEN, J.-P. (trad.) ; ALCORN, David (trad.)
Autisme et psychose
in: GEISSMANN, C. (dir.) ; HOUZEL, D. (dir.). - Psychothérapies de l'enfant et de l'adolescent
Paris, Bayard, 2003, pp. 983-1005
Journal de la Psychanalyse de l'Enfant, 2002, n° 30, pp. 21-52.
4e Congrès de la section "Enfants et adolescents" de l'EFPP, Caen, 2001.

ALVAREZ DE TOLEDO S, DELIGNY F.
Fernand Deligny : oeuvres.
Paris : Arachéen ; 2007.

AMEISEN JC, DESCHAMPS C, KORDON C, KORSIA H, LEBATARD C, PELLERIN D, et al.
Avis n°102 : Sur la situation en France des personnes, enfants et adultes, atteintes d'autisme.
CAHIERS DU COMITE CONSULTATIF NATIONAL D'ETHIQUE POUR LES SCIENCES DE LA VIE ET DE LA SANTE 2008 ; (54) : 17-33.



AMIET, Claire

Diversité clinique de l'autisme : aspects diagnostiques
Perspectives psychiatriques, 2007, vol. 46, n° 3, pp. 228-239
1re partie : regards cliniques diversifiés

AMY, Marie-Dominique

Autisme et psychanalyse aujourd'hui : le site de la CIPPA (Coordination internationale
entre psychothérapeutes psychanalystes s'occupant de personnes avec autisme)
Perspectives psychiatriques, 2007, vol. 46, n° 3, pp. 293-294

AMY MD.

Comment comprendre et soigner la personne autiste.
PERSPECTIVES PSY 2008 ; 47(1) : 78-89.

AMY MD.

Comment aider l'enfant autiste : approche psychothérapique et éducative.
Paris : Dunod ; 2009.

Etude différentielle du niveau de développement de la théorie de l'esprit d'enfants
atteints d'un trouble envahissant du développement

ANAE, approche neuropsychologique des apprentissages chez l'enfant
2007

18, 5, 90, 311-323 : tabl., ill. ; biblio. (dissem.)

AN GRAND M, LE HAY D.

Expérience de pack auprès d'enfants et adolescents autistes.
PERSPECTIVES PSY 2006 ; 45(3) : 243-7.

ANZIEU D

Le moi-peau
Paris : Dunod
2003

ANZIEU PREMMEREUR C.

Recherches et pratiques thérapeutiques aux USA avec les tout petits.
PERSPECTIVES PSY 2009 ; 48(1) : 66-71.

ARBOUSSE BASTIDE H.

Cinquantenaire de l'association l'Elan Retrouvé. Quelles prises en charge pour les
psychoses infantiles devenues adultes ? L'hôpital de jour : un type de prise en charge
pour certaines psychoses infantiles devenues adultes.

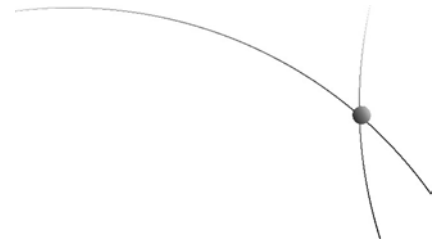
Paris : Elan retrouvé ; 2000.

ARMAND BRANGER S, POISSON N, GAUDONEIX TAIEB M, RAMOS O.

Les traitements psychotropes prescrits dans un établissement public de santé mentale
accueillant des personnes atteintes d'autisme et des polyhandicapés.

ENCEPHALE 2009 ; 35(4) : 370-6.

ARNAUD AL.



L'importance d'un support visuel pour un enfant autiste dans une situation d'apprentissage : l'exemple des séances de travail de Lucas, 6 ans.
Nancy : DU Psychopathologie de l'enfant ; 2006.

ARNOUX D

L'écoute des parents et l'autisme de leur enfant
PERSPECTIVES PSY 2006 ; 45

ASSAIANTE C, SCHMITZ C.

Construction des représentations de l'action chez l'enfant : quelles atteintes dans l'autisme ?
ENFANCE 2009 ; 61(1) : 111-20.

ASSOULINE M.

Cinquantenaire de l'association l'Elan Retrouvé. Quelles prises en charge pour les psychoses infantiles devenues adultes ? L'hôpital de jour : un type de prise en charge pour certaines psychoses infantiles devenues adultes. Les adolescents.
Paris : Elan retrouvé ; 2000.

ASSOULINE M.

Le Papotin a vingt ans.
PRATIQUES EN SANTE MENTALE 2009 ; 55(3) : 50-1.

ATTWOOD T

Le Syndrome d'Asperger, DUNOD Ed. 2003

AUSSILLOUX, Charles ; BARTHELEMY, Lise

Evolution des classifications de l'autisme : leur intérêt et leurs limites actuelles
Carnet PSY, 2002, n° 75, pp. 21-23

AUSSILLOUX C, BAGHDADLI, COLLECTIF.

Recommandations pour la pratique professionnelle du diagnostic de l'autisme.
Paris : Fédération Française de psychiatrie ; 2003.

AUSSILLOUX C, BAGHDADLI A, BRUN V, BORRELY P, CHABANE R, CHEMINAL R,
et al.

Autisme et communication.
Paris : Masson ; 2004.

Comment vivre avec une personne autiste

AUSSILLOUX (Charles, Pref.)

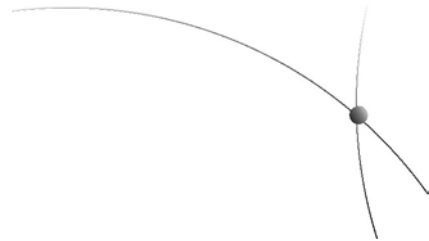
Fédération française Sésame autisme -FFSA, Paris, FRA
FFSA

Editeur Paris : Editions Josette Lyon

2005

228 p. : tabl. ; biblio. (6 p.)

Les autismes : présentation, informations récentes



In : L'autisme, évaluation des actions conduites (1995-2000). Rapport au Parlement.
Loi du 11 décembre 1996
AUSSILLOUX (Charles), BAGHDADLI (A.)
Ministère de l'emploi et de la solidarité, Secrétariat d'Etat à la santé et aux handicapés,
direction générale de l'action sociale, Paris, FRA
DGAS
Editeur Paris : Direction générale de l'Action sociale
2000
1-19 ; biblio. (2 p.)

BAGHDADLI A, GONNIER V, VALANCOGNE F, AUSSILLOUX C.
Etude descriptive de l'utilisation de psychotropes chez les personnes autistes de 20 à
35 ans en institution du Languedoc-Roussillon.
ENCEPHALE 2005 ; 31(3) : 302-8.

BAGHDADLI A, NOYER M, AUSSILLOUX C.
Interventions éducatives, pédagogiques et thérapeutiques proposées dans l'autisme.
Paris : Ministère de la santé et des solidarités, 2007.

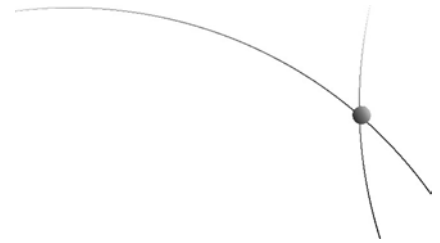
Prise en charge de l'autisme infantile
BAILLET (Amélie), IVANOV-MAZUCCONI (Stefka), DELION (Pierre), LIBEAU
MANCEAU (Marie), RIVOAL (Armelle), RAIMBAULT (Edith), ALOPEAU (Florence),
CHUPIN (Pierre Nicolas), SONIE (Sandrine), TISON (Camille), CLAUDE (Bernard)
Soins psychiatrie
2006
245, 15-43 : ill. ; biblio. (dissem.)

BAILLET A.
L'atelier journal, on s'y régale !
SOINS PSYCHIATRIE 2006 ; (245) : 42.

Apprentissage des mathématiques et élèves "différents"
BAILLEUL (Marc, Coord.), GUERIN (Jérôme), PASCO (Denis), RIFF (Jacques),
ESMENJAUD-GENESTOUX (Florence), DUTILLIEUX (Généviève), BLOCH (Isabelle)
Les sciences de l'éducation
2008
41, 1, 7-113 : ill., tabl. ; biblio. (dissem.)

BAILLY K, KISS J, DESJARDINS V, GOLSE B.
Les productions vocales du bébé : hyperfréquences et processus d'attachement.
CARNET PSY 2005 ; (101) : 34-6.

BAKER BL, BRIGTMAN AJ.
L'autonomie pas à pas : enseigner les compétences quotidiennes aux enfants ayant
des difficultés d'apprentissages.
Mouans Sartoux : AFD ; 2006.



BALAT M, RICHER E, DELION P, DELEDALLE G, PEREZ G, COHADON F, et al.
Autisme et éveil de coma : signes et institution.
, février 1997, Canet-en-Roussillon.
Lecques : Ed. Champ Social, 2001.

BALBO G, BERGES J.
Psychose, autisme et défaillance cognitive chez l'enfant.
Ramonville-Saint-Agne : Erès ; 2001.

BARGIACCHI A, ZILBOVICIUS M.
Imagerie cérébrale et autisme.
ANAE 2008 ; 20(100) : 291-7.

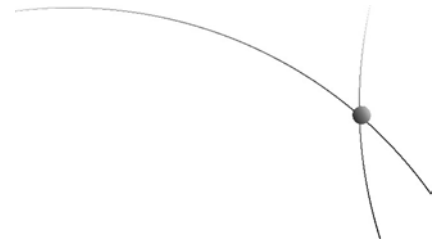
Critique du modèle neurophysiologique de la delphinothérapie - Sonophorèse et écholocation
BARIBEAU (Jacinthe), DAVID (G.), LARIVÉE (S.)
Revue de psychoéducation
2006
35, 2, 399-417 : ill. ; biblio. (3 p.)

Les trajectoires institutionnelles et scolaires des enfants passés en CDES
BARREYRE (Jean-Yves), BOUQUET (Clotilde), FIACRE (Patricia), PEINTRE (Carole)
Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques -DREES,
Paris, FRA
DREES
Etudes et résultats, DREES
2007
580, 6 p. : tabl., ill. ; biblio. (dissem.)

BARROWS P.
Troubles autistiques, traumatisme et agressivité : leur élaboration à travers une
thérapie 'ludique'.
NEUROPSYCHIATRIE DE L'ENFANCE ET DE L'ADOLESCENCE 2005 ; 53(7) : 369-
77.

BARTHELEMY, Claude
Autisme et psychopathologie : réflexions sur les réductionnismes neurobiologique et
cognitivocomportementaliste ambiants
Information psychiatrique, 2005, vol. 81, n° 3, pp. 189-196

BARTHELEMY C, HUC CHABROLLES M, TRIPI G, GOMOT M, MARTINEAU J,
BONNET BRILHAULT F.
Les compléments neurophysiologiques du diagnostic.
ENFANCE 2009 ; 61(1) : 89-92.
AUTISME



BEAUD, Laurence ; GUIBERT, Clément de
Le syndrome sémantique-pragmatique : dysphasie, autisme ou "dysharmonie psychotique" ?
Psychiatrie de l'enfant, 2009, vol. 52, n° 1, pp. 89-130

BEIGER F.
L'enfant et la médiation animale : une nouvelle approche par la zoothérapie.
Paris : Dunod ; 2008.

BELHASSEN M, CHAVERNEFF O.
L'enfant autiste : un guide pour les parents.
Paris : Audibert ; 2006.

L'éducation inclusive en France et dans le monde
BENOIT (Hervé, Dir.), PLAISANCE (Eric, Dir.), GARDOU (Charles), SCHNEIDER (Cornelia), D'ALESSIO (Simona), GORANSSON (Kerstin), NILHOLM (Claes), ARMSTRONG (Felicity), ZUCMAN (Elisabeth), Philip (Christine), VERILLON (Alette), BELMONT (Brigitte), CANAT (Sylvie), GAREL (Jean-Pierre), BRUN (Alain), DE ANNA (Lucia), RODRIGUES (David), RUSKUS (Jonas), ROSMANINHO PEREZ (Maria Alice), FERRIERES CALAME (Laure), NABUCO (Maria Eugênia)
La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation
2009
Hors série, 5, 265 p. : tabl., ill. ; biblio. (dissem.)

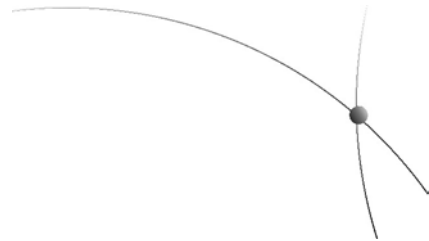
BENONY C, GOLSE B.
Psychopathologie du bébé.
Paris : Armand Colin ; 2007.

BENTATA H.
Points d'appuis institutionnels à la cure des enfants autistes. JOURNAL FRANCAIS DE PSYCHIATRIE 2006. n° 25, 36-38 pp.

BERCIER MC, VIVALDI J.
Pourquoi un symptôme épileptique chez une enfant autiste ?
COQ HERON 2006 ; (186) : 147-74.

BEROUTI R (dir.)
De quels moyens disposons-nous dans nos établissements pour repérer le transfert ?
Bulletin du CEREP, 2001, 4e journée d'étude - 24 novembre, pp. 5-46

BERNARD JL, GUIDETTI M, ADRIEN JL, COLLECTIF.
Etude des gestes conventionnels chez des enfants autistes à partir d'une analyse de films familiaux.
DEVENIR 2002 ; 14(3) : 265-81.



BERNARD JL, ADRIEN JL, ROUX S, BARTHELEMY C.
Evolution de la fréquence des gestes chez les garçons avec autisme âgés de 1 à 3 ans par analyse des vidéos familiales.
DEVENIR 2006 ; 18(3) : 245-61.

BERTON ZABBE L, ALIX M, CROGUENNOY Y.
Penser l'enfant autiste en hôpital de jour : soutien à la famille.
REVUE DES HOPITAUX DE JOUR PSYCHIATRIQUES ET DES THERAPIES INSTITUTIONNELLES 2002 ; (4) : 135-41.

BERTHOUE L, GOLDFIELD EC.
Développement moteur : la robotique au secours de la psychobiologie du développement.
ENFANCE 2007 ; 59(1) : 18-34.

BERTHOZ A. et JORLAND G
L'Empathie, O. JACOB Ed. 2004

BERTHOZ A, ANDRES C, BARTHELEMY C, MASSION J, ROGE B.
L'autisme : de la recherche à la pratique.
Paris : Odile Jacob ; 2005.

BERTHOZ A.
L'échange par le regard.
ENFANCES & PSY 2009 ; (41) : 33-49.

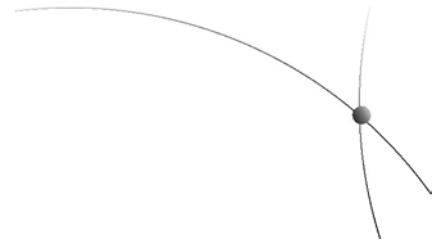
BERTRAND ML.
L'attention portée aux personnes autistes, à leurs proches, aux professionnels : une démarche soignante pour des liens à créer.
PERSPECTIVE SOIGNANTE 2003 ; (16) : 21-49.

BIARD J.
Créer avec des personnes autistes : une expérience sensible.
VST : REVUE DU CHAMP SOCIAL ET DE LA SANTE MENTALE 2003 ; (80) : 37-9.

BILLOT C.
Du mouvement répétitif à l'automutilation : place de la douleur chez l'autiste.
THERAPIE PSYCHOMOTRICE ET RECHERCHES 2004 ; (138) : 72-96.

BLEANDONU G, BRACONNIER A, CARTRY J, CUNGI C, DESPINOY M, HAHYAOUI A, et al.
Le soutien thérapeutique aux parents.
Paris : Dunod ; 2001.

Accompagner et éduquer : enjeux, démarches, métiers
BLOUGORN (Patrice), JAEGER (Marcel), LESAIN-DELABARRE (Jean-Marc), JESU (Frédéric), VALLET (Patricia), MAZEREAU (Philippe), JOIN-LAMBERT MILOVA (Hélène), DREANO (Guy), RETAILLEAU (Brigitte), PHILIP (André), LAURENT-COGNET (Janine)
La nouvelle revue de l'AIS



2005

30, 3-123 : tabl., ill. ; biblio. (dissem.)

BOBET R, BOUCHER N.

Qualité de vie de parents d'enfants autistes bénéficiant d'un accompagnement scolaire et à domicile spécialisé.

ANAE 2005 ; 17(83-84) : 169-79.

BODIER CH, LENOIR P, DEFAS N.

Les hypothèses pathogéniques de l'autisme, aspects neurologiques et psychomoteurs.

EVOLUTIONS PSYCHOMOTRICES 2000 ; (49) : 127-33.

BONNEVILLE D.

Apport de la méthode Teacch en psychomotricité.

EVOLUTIONS PSYCHOMOTRICES 2000 ; (49) : 115-20.

Les structures de soins pour jeunes adultes présentant des psychoses infantiles sévères : vers une insertion socioprofessionnelle

BONNOT (O.), SPERANZA (M.), TORDJMAN (S.), FERRARI (P.)

Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence

49, 2, 120-123 : ill. ; biblio. (4 ref.)

BONTE B.

Réussir la scolarisation des élèves en situation de handicap : de l'ambition collective aux réussites individuelles. RELIANCE 2008. n° 27, 81-85 pp.

BORGNIS DESBORDES, Emmanuelle (analyste)

A propos de : ALVAREZ, Anne ; REID, Susan. (dir) - Autisme et personnalité

Evolution Psychiatrique, 2004, vol. 69, n° 1, pp. 161-168

BOUBLI M, KONICHECKIS A, COLLECTIF, MELTZER D.

Clinique psychanalytique de la sensorialité.

Paris : Dunod ; 2002.

BOUBLIL, Michel ; BERNARD, Aurélie ; BOBILLER, Vincent

Intérêt de l'aripiprazole dans la dissociation psychique du jeune enfant : revue de la littérature, indication ciblée, intérêt thérapeutique à propos de 8 cas

Information psychiatrique, 2008, vol. 84, n° 7, pp. 661-666

Autisme : pas de patient sans solution "digne" !

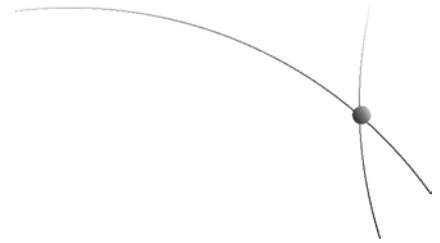
BOUDET (Bernard)

SESAME AUTISME

Union sociale

2007

209, 8-9 : ill.



Communiquer avec un enfant qui ne parle pas
BOUTAUDOU (Sylvie)
Déclic
2000
69, 25-32 : ill. ; biblio. (dissem.)

La thérapie psychomotrice : réflexions et hypothèses autour d'une pratique institutionnelle
BOUTINAUD (J.)
Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence
2000
48, 5, 295-304 ; biblio. (8 ref.)

BOUTINAUD J.
Etayage et émergences : réflexions autour du récit de la thérapie psychomotrice d'un jeune garçon autiste.
THERAPIE PSYCHOMOTRICE ET RECHERCHES 2001 ; (125) : 52-8.

BOUTINAUD J.
Une psyché en hiver : à propos de l'accompagnement de l'enfant autiste en thérapie psychomotrice et de quelques repères et bases de travail.
THERAPIE PSYCHOMOTRICE ET RECHERCHES 2003 ; (134) : 88-105.

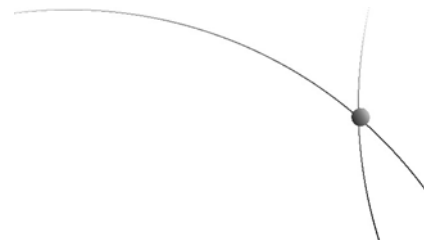
BOUTINAUD J.
Les troubles de l'image du corps chez les enfants atteints de psychose et d'autisme infantiles.
NEUROPSYCHIATRIE DE L'ENFANCE ET DE L'ADOLESCENCE 2007 ; 55(2) : 102-7.

BOUTINAUD J, DELION P.
Psychomotricité, psychoses et autismes infantiles.
Paris : In Press ; 2009.

Intégration scolaire et psychose de l'enfant : à propos de la classe dite "intégrée" de l'école maternelle Henry Dunant à Sarcelles (95)
BOUVATTIER (J.P.)
Nervure, journal de psychiatrie
2007
20, 3, 10-11 ; biblio. (7 ref.)

BOVY M, COUSIN S, DROP Y, EATON L, NOUILLAT M, THIBAUT FABRE MJ.
Interventions préventives et curatives dans les approches multidimensionnelles au cours de l'enfance. PRATIQUES EN SANTE MENTALE 2005. n° 1, 59-61 pp.

BREMAUD N.
Retour sur les stéréotypies psychotiques.
INFORMATION PSYCHIATRIQUE 2009 ; 85(10) : 877-90.



BRICKER D.
Programme EIS. Evaluation, intervention et suivi auprès des jeunes enfants de 0 à 6 ans. T. I : guide d'utilisation et tests (0 - 6 ans).
Bruxelles : De Boeck ; 2006.

BRICKER D.
Programme EIS. Evaluation, intervention et suivi auprès des jeunes enfants de 0 à 6 ans. T. II Curriculum (0-3 ans).
Bruxelles : De Boeck ; 2006.

BRIGGS A
Un espace pour survivre : l'observation du nourrisson selon Esther Bick , Articles cliniques et derniers développements
Hublot, 2006

BRINBAUM, Monique
Trois petites scènes et puis s'en va : psychodrame analytique et psychose infantile
Psychodrame analytique, 1999, conférences, pp. 31-50

BRUCHON M.
Quand elle me prend dans ses bras...' ou la fonction de contenance en thérapie psychomotrice.
THERAPIE PSYCHOMOTRICE ET RECHERCHES 2004 ; (138) : 2-69.

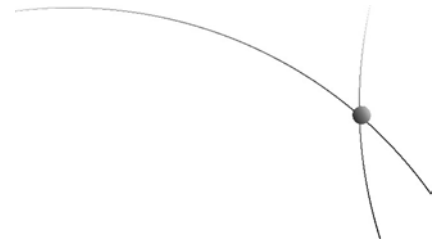
L'émergence de la figuration de soi dans la peinture de l'enfant psychotique
BRUN (Anne)
La psychiatrie de l'enfant
2000
43, 2, 473-508 : ill. ; biblio. (21 ref.)

BRUN, Anne
Groupe thérapeutique de peinture et réalité du lien précoce à l'objet
Revue de Psychothérapie Psychanalytique de Groupe, 2004, n° 41, pp. 167-176

BRUN A. Médiation de l'eau dans l'autisme : Joachim ou la construction d'une première peau psychique. NEUROPSYCHIATRIE DE L'ENFANCE ET DE L'ADOLESCENCE 2005. n° 4, 200-205 pp.

Brun A.
« Le travail de l'archaïque par la médiation picturale dans la psychose », Cliniques méditerranéennes 2006/2, n° 74, p. 271-289.

BRUN A.
Médiations thérapeutiques et psychose infantile.
Paris : Dunod ; 2007.



BRUN A.

Questions éthiques et autisme en pratiques institutionnelles in: SCELLES, R. (dir.). - Handicap : l'éthique dans les pratiques cliniques, Ramonville Sainte Agne, Erès, 2008, p. 137-149

BUDYNEK V.

Atelier de danse auprès d'enfants autistes.
Tours : DU Art thérapie ; 2003.

BULLINGER A.

Les prothèses de rassemblement.
NEUROPSYCHIATRIE DE L'ENFANCE ET DE L'ADOLESCENCE 2001 ; 49(1)

BULLINGER A, DELION Pierre Préf.

Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars : un parcours de recherche.
Ramonville Saint-Agne : Erès ; 2004.

BULLINGER A.

Bilan sensori-moteur chez l'enfant présentant des troubles envahissants du développement.
SESAME 2006 ; (158) : 6-9.

BULLINGER A.

Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars : un parcours de recherche.
Ramonville Saint-Agne : Erès ; 2007.

Psychomotricités

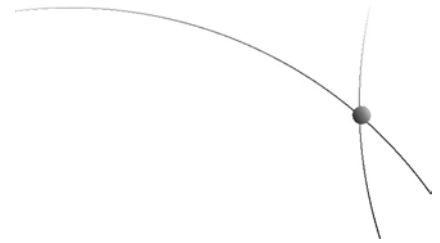
BULLINGER (André), DELION (Pierre), BALLOUARD (Christian), HERMANT (Gérard), LIVOIR-PETERSEN (Marie-Françoise), GRIM (Olivier R.), PONCE DE LEON (Ema), GOLSE (Bernard), SIMAS (Roberta), SELLINCOURT (Cécile), KLOECKNER (Anja), JOLY (Fabien), KERRIC (Marie-Françoise), BERLOT (Virginie), CALLET (Céline), MOREAU (Emilie), PARREIRAL (Richard), PASCUAL-BOUYS (Olivia), JUNKER (Valérie), JOLY (Rachel), RAHOUX (Céline), SIMEONI (Florence), LEGRAND (Oriane), VAIVRE-DOURET (Laurence)
DE AJURIAGUERRA (Julian)
Contraste, Revue de l'ANECAMSP
2008
28-29, 341 p. : ill. ; biblio. (dissem.)

BURSZTEJN C, GRAS VINCENDON A.

La "théorie de l'esprit" : un modèle de développement de l'intersubjectivité ?
NEUROPSYCHIATRIE DE L'ENFANCE ET DE L'ADOLESCENCE 2001 ; 49(1)

Quelle école pour les enfants autistes ?

In : Tous à l'école ?
BURSZTEJN (Claude), GERBER (Roland)
Enfances et psy
Ramonville-Saint-Agne : ERES



2001
16, 60-70

BURSZTEJN C.

Est-il possible de dépister l'autisme au cours de la première année ?
ENFANCE 2009 ; 61(1) : 55-66.

BURY V.

Investissement particulier du bas du corps et de la marche chez de jeunes enfants présentant précocement des troubles graves de la structuration de leur personnalité.
THERAPIE PSYCHOMOTRICE ET RECHERCHES 2003 ; (134) : 60-81.

BUSATO D, LE HEUZEY MF, BOUKHRISSE MF, BOTTIN C, MALPESA G.

L'enfant en psychiatrie : ensemble contre l'isolement [dossier].
SOINS PEDIATRIE PUERICULTURE 2005 ; (225) : 13-36.

BUTEN H.

Il y a quelqu'un là dedans : des autismes.
Paris : Odile Jacob ; 2003.

CALICIS B, FIORITO Y, SCHONNE I.

Le travail pluridisciplinaire autour d'un enfant autiste à l'hôpital de jour. REVUE DES HOPITAUX DE JOUR PSYCHIATRIQUES ET DES THERAPIES INSTITUTIONNELLES 2005 ; (7) : 36-42.

CALZA A Dir, CONTANT M Dir.

Psychomotricité.
Paris : Masson ; 2002.

CARBONNEL-CHABAS C, GEPNER B.

Le devenir à l'adolescence d'enfants atteints de troubles envahissants du développement : l'exemple de l'hôpital de jour d'Aix-en-Provence.
NEUROPSYCHIATRIE DE L'ENFANCE ET DE L'ADOLESCENCE 2009, n° 57, 2, P. 118-127, tabl., 29 réf.

CARON R, BOURGEOIS I.

Vers une clinique d'un enfant autiste en classe de maternelle.
ANNALES MEDICO PSYCHOLOGIQUES 2008 ; 166(7) : 539-46.

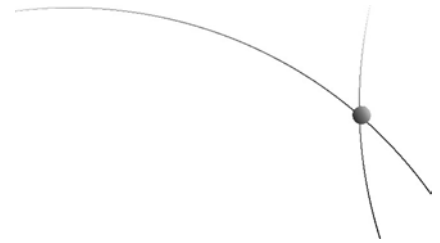
CARRE P.

Le parcours des familles.
SESAME 2006 ; (160) : 19-20.

Autisme : vécu des familles et relations parents-professionnels

CARRE (Philippe)

Sésame
2008 ; 166, 2-6



Accompagnement lors de passages difficiles dits "situations de crise" pour la création d'accueils thérapeutiques de personnes autistiques et psychotiques lors de passages de crise : A.T.C.

CASALEGNO-BELLAGUET (Anne-Marie)

Sésame

2006

159, 6-11 : ill.

CASSIERS F.

Musicothérapie et autisme : deux études de cas selon le modèle de Rolando Benezon.

Parempuyre : Editions du non verbal ; 2003.

CASTAREDE MF, KONOPCZYNSKI G, ABECASSIS J, ABIRACHED R, CHALUMEAU P, DANON BOILEAU L, et al.

Au commencement était la voix.

Ramonville Saint-Agne : Erès ; 2005.

CAUVIN P.

Hypersensibilité aux fluctuations de l'investissement maternel d'un nourrisson évoluant vers un syndrome autistique. Distance et gestion des émotions.

EVOLUTION PSYCHIATRIQUE 2007 ; 72(3) : 405-19.

CAZALIS E, PACHECO C.

C'est l'histoire d'un Benoit froid.

THERAPIE PSYCHOMOTRICE ET RECHERCHES 2003 ; (135) : 60-75.

CHADZINSKY (Dorota), LAURAS-PETIT (Agnès), BENALI (Fouhed), BOUTINAUD (Jérôme), KLEIN (Maryse), LAMBS (Bénédicte), ZORGNIOTTI (Marie-Claire), HENNECON (Jean-Luc), TABEL (Lucie), DEHAIS (Lili)

Le psychomotricien en situation thérapeutique

Entretiens de Bichat. 2000-09-16.

Paris : L'Expansion scientifique française

2000 : 29 p.

CHAMAK B.

(2005) Les transformations des représentations de l'autisme et de sa prise en charge en France : le rôle des associations, *Cahiers de Recherches Sociologiques*, vol.41, 171-192.

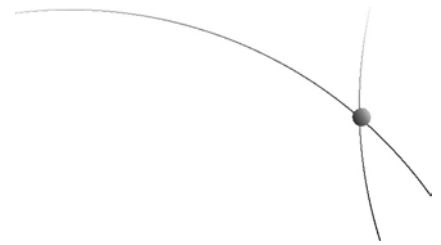
CHAMAK B.

(2005) Autisme et prescription : de l'importance de l'expérience clinique. Entretien avec André Masse, *PSN (Psychiatrie, Sciences humaines et Neurosciences)*, vol.III, n°15 (nov-déc), 224-232.

CHAMAK B. BONNOT-BRIEY S., COHEN D.

(2005) À propos du syndrome d'asperger : un témoignage de l'intérieur, *PSN (Psychiatrie, Sciences humaines et Neurosciences)*, vol.III, n°11, 32-36.

CHAMAK B.



(2009) L'autisme dans un service de pédopsychiatrie, *Ethnologie Française*, 39 (3), 425-433.

CHAPELLE A.
Apports et limites de l'utilisation du PECS avec de jeunes autistes.
SESAME 2005 ; (155) : 11-20.

CHARLERY M.
L'enfant autiste et sa famille au coeur d'un réseau départemental.
SOINS PSYCHIATRIE 2006 ; (247) : 24-6.

CHARMAN T, NADEL J Trad.
Dépistage des troubles du spectre autistique : les leçons de la recherche et de la pratique clinique.
ENFANCE 2009 ; 61(1) : 9-23.

CHAUDRUC B, LENOIR P, MARCELLI D.
Création d'une CLIS pour autistes.
NEUROPSYCHIATRIE DE L'ENFANCE ET DE L'ADOLESCENCE 2004 ; 52(2) : 85-90.

CHAUVEAU CHAVEROCHE V.
Les autismes.
PERSPECTIVE SOIGNANTE 2009 ; (36) : 78-93.

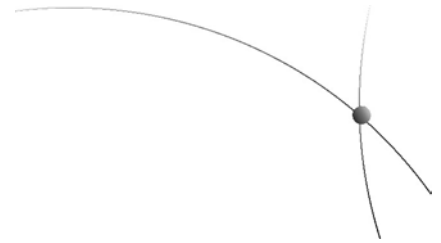
CHELIOUT HERAUT F, LEMAITRE A, LEMORVAN N, KHEMLICHE H, BOUR F, ELMASSIOUI F.
Etude normative de l'électrorétinogramme chez l'enfant. Application dans l'autisme infantile.
NEUROPSYCHIATRIE DE L'ENFANCE ET DE L'ADOLESCENCE 2008 ; 56(8) : 530-9.

CHEVREUIL C, REYMANN JM, FREMAUX T, POLARD E, SEVENO T, BENTUE-FERRER D
Prescription de la rispéridone chez l'enfant et l'adolescent p. 359
Thérapie 2008 Septembre-octobre ; 63 (5): 359-75

CHEVREUIL C, POLARD E, GICQUEL G, FREMAUX T, BENTUE-FERRER D
Le traitement pharmacologique de l'insomnie en pédopsychiatrie
Thérapie 2010 Janvier-Février; 65 (1): 1-12

CHEVRIE MULLER C, NARBONA J.
Le langage de l'enfant : aspects normaux et pathologiques.
Issy-Les-Moulineaux : Elsevier Masson ; 2007.

Des expériences d'hôpital de jour : difficultés du traitement des enfants psychotiques
CHILAND (Colette)
Perspectives Psy
2001
40, 1, 58-63 ; biblio. (16 ref.)



CHOSSY JF.

La situation des personnes autistes en France : besoins et perspectives.
Paris : Secrétariat d'Etat aux personnes handicapées ; 2003.

CICCONE A. et LHOPITAL M

Naissance à la vie psychique , Dunod Ed. 2001

CIVALLERI C.

Processus de pensée, écriture et troubles psychotiques à l'adolescence.
Paris : Psychopathologie fondamentale et psychanalyse ; 2004.

CLAUDON, Philippe ; BOURBON, Alain ; THOMAS, Nadine

Le groupe parole des fratries d'enfants hospitalisés en pédopsychiatrie
Perspectives psychiatriques, 2005, vol. 44, n° 2, pp. 139-143

CLAUDON P, DALL'ASTA A, LIGHEZZOLO ALNOT J, SCARPA O.

Etude chez l'enfant autiste d'un des fondements corporels de l'intersubjectivité : le corps propre comme partage émotionnel.
PSYCHIATRIE DE L'ENFANT 2008 ; 51(1) : 125-52.

CLAUDON P, WEBER M.

L'émotion : contribution à l'étude psychodynamique du développement de la pensée de l'enfant sans langage en interaction.
DEVENIR 2009 ; 21(1) : 61-99.

CLEMENT M.

Julie, du repli sur soi à l'ouverture sur l'autre.
Nancy : DU Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent ; 2005.

CLEYET MARREL F, MACHABERT R.

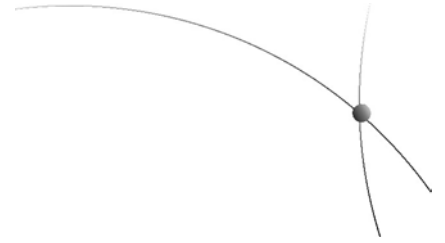
Jouer pour l'enfant autiste : à propos d'une observation clinique. ENFANCES & PSY
2001. n° 15, 95-101 pp.

COHEN, David ; CHAMAK, Brigitte

Transformations des représentations de l'autisme et de sa prise en charge
Perspectives psychiatriques, 2007, vol. 46, n° 3, pp. 218-227
1re partie : regards cliniques diversifiés

COHEN DE LARA, Aline ; GUINARD, Maïa ; LACAZE, Emmanuelle ; PINTON, Florence ; CHAMBRY, Jean ; BILLARD, Catherine

Hyperactivité et psychose de l'enfant : l'intérêt de la méthodologie projective dans l'affinement des diagnostics
Psychologie clinique et projective, 2007, vol. 13, pp. 173-196



COLLART JY.

Le mouvement dansant et partagé dans un atelier de personnes souffrantes psychiquement.

REVUE DE MUSICOTHERAPIE 2004 ; 24(1) : 53-6.

COLIN O, DAYCARD A, LAPORTE ALCOVERE S.

Regards croisés de soignants à propos d'une médiation thérapeutique de 'packing' pour un enfant autiste à l'hôpital de jour de Vauvert.

PSY-CAUSE 2003 ; (33) : 17-24.

COLLOT ROCHELOIS C, BERQUIN S.

Mise en place d'enveloppement humide au sein d'une petite institution : les difficultés rencontrées, précautions à prendre, sous quelles conditions...

THERAPIE PSYCHOMOTRICE ET RECHERCHES 2003 ; (135) : 36-43.

L'enfant psychotique : de la relation dyadique au groupe de quatre

COMPOINT-DUFLO (Sabine), ROBIN-MATHIEU (Marion)

Glossa

2005

91, 24-30 ; tabl. ; biblio. (10 ref.)

CONGRES DE PSYCHIATRIE ET DE NEUROLOGIE DE LANGUE FRANÇAISE, DANION-GRILLIAT, BACON, BURSZTEJN, CHAMAK, COHEN, et al.

Le diagnostic en psychiatrie : questions éthiques.

CONGRES DE PSYCHIATRIE ET DE NEUROLOGIE DE LANGUE FRANCAISE, 2006, BREST.

Paris : Masson, 2006.

CONSTANT J.

L'autisme en changement. Evolutions récentes sur le plan des concepts, des pratiques et de la recherche. Un exemple d'évolution des pratiques : le programme CHARTRES du Teacch en hôpital de jour. NEUROPSYCHIATRIE DE L'ENFANCE ET DE L'ADOLESCENCE, 2000, n° 48, 6. P. 402-406, 5 réf.

CONSTANT, Jacques

Trajectoires d'une personne autiste et d'une personne psychotique à l'âge adulte

Enfances et psy, 2007, n° 38, pp. 79-89

CONSTANT, Jacques (interviewer) ; BONNOT-BRIEY, Stéfany

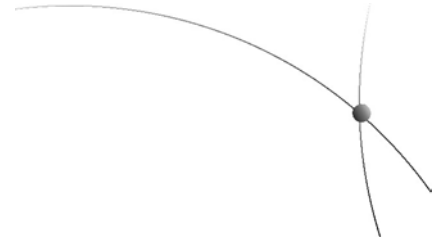
On ne peut pas parler de nous sans nous ... : entretiens Stéfany Bonnot-Briey, propos recueillis par Jacques Constant

Information psychiatrique, 2009, vol. 85, n° 9, pp. 813-820

CONSTANT J.

Le point de vue d'un praticien.

ENFANCE 2009 ; 61(1) : 79-85.



CONTENTIN I.

L'autisme, le sonore et le processus d'identification.
REVUE DE MUSICOTHERAPIE 2009 ; 29(2) : 4-45.

COQ JM.

Introduction d'un tiers dans l'approche psychothérapeutique d'un enfant autiste.
INFORMATION PSYCHIATRIQUE 2002 ; 78(8) : 781-7.

CORDA, Aude

A l'aube de l'affect : de l'art à l'autisme
Champ psychosomatique, 2006, n° 41, pp. 175-190

COURTOIS DU PASSAGE N, GALLOUX AS.

Bilan orthophonique chez l'enfant atteint d'autisme : aspects formels et pragmatiques
du langage.
NEUROPSYCHIATRIE DE L'ENFANCE ET DE L'ADOLESCENCE 2004 ; 52(7)

Autour du plan autisme

COUYBES (Michaël), BROWN (Marie-Claire), VIGNE-LEPAGE (Véronique)

CHIRAC (Jacques)

Etre, handicap information

2008

97, 6-20 : ill. ; biblio. (3 p.)

COUPECHOUX P.

Mon enfant autiste : le comprendre, l'aider.
Paris : Seuil ; 2004.

COVELLO, Lucio ; GRANDIN, Danièle

L'Hôpital de Jour et l'autre espace

in: KESTEMBERG, E. ; COVELLO, L. ; FREJAVILLE, A. - Autrement vu : des
psychanalystes observent les relations mère-enfant

Paris, Presses Universitaires de France, 1981, pp. 89-103

Analyses in: 1). RFP, 1982,46,1,-141-144-, par ZIMERAY C. 2). L'EVOLUTION
PSYCHIATRIQUE, 1982,47,2,-298-299-.

CRESPIN GC Dir., TROUVE JN, DESPLANQUES MJ, PAQUEZ C, BONIN F, JEUNE
MA, et al.

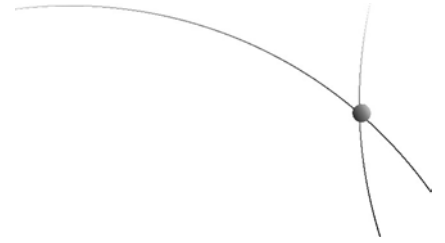
Aspects cliniques et pratiques de la prévention de l'autisme.

Paris : Harmattan ; 2004.

CRESPIN GC Dir., SARRADET JL, COEN A, MUNNICH A, GOLSE B, TORDJMAN S,
et al.

Psychanalyse et neurosciences face à la clinique de l'autisme et du bébé.

Paris : Harmattan ; 2005.



CRESPIN GC Dir., BURZSTEJN C, COEN A, MILCENT C, CAICEDO L, BERDAH S, et al.

Autismes : état des lieux du soin.
Paris : Harmattan ; 2006.

CRESPIN GC, SARRADET JL.

Evaluation d'un ensemble cohérent d'outils de repérage des troubles précoces de la communication pouvant présager un trouble grave du développement de type autistique : La recherche Préaut.

JOURNAL FRANCAIS DE PSYCHIATRIE 2006 ; (25) : 42-4.

CRESPIN GC Dir., OUSS L, BRETON C, WOSCOBOINIK SCHEIMBERG N, BRULEY MC, DURIEUX MJ, et al.

Actualités du soin : approches cognitivo-comportementales et analytiques des troubles autistiques.

Paris : Harmattan ; 2007.

CUMONT I.

Ursuline et les effets des médiations croisées.

NEUROPSYCHIATRIE DE L'ENFANCE ET DE L'ADOLESCENCE 2006 ; 54(8) : 418-21.

Les techniques d'aide aux jeunes enfants sans langage

CUNY (F.), DUMONT (A.), MOUREN (M.C.)

Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence
2004

52, 7, 490-496 : tabl. , ill. ; biblio. (10 ref.)

CUVEREAU NIERNHAUSSEN M.

'Miroir et passerelle'. Atelier chant avec de jeunes autistes.

Noisy le Grand : Techniques psychomusicales et musicothérapie ; 2007.

CYSSAU, Catherine

L'entretien selon le paradigme de l'autisme : face aux conduites de retrait, d'autosuffisance et la dimension du non-verbal

in: CYSSAU, Catherine (dir.). - L'entretien en clinique

Paris, In Press, 2003, pp. 219-230

D'EPAGNIER MH, LAFAGE A, LIEVOUX N, COLLECTIF.

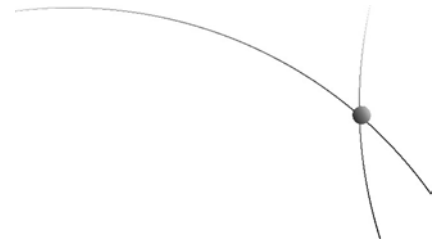
Jeunes enfants gravement abîmés. Groupe psychanalytique et soin familial concertés.

DIVAN FAMILIAL 2002 ; (8) : 49-62.

DANION GRILLIAT A Dir., KRESS JJ, GENEST P, HAUGER S, HERBAY A, BACON E, et al.

Le diagnostic en psychiatrie : questions éthiques.

Paris : Masson, 2006.



DANON-BOILEAU L.
La parole est un jeu d'enfant fragile.
Paris : Odile Jacob, 2001

DANON BOILEAU L.
Des enfants sans langage : de la dysphasie à l'autisme.
Paris : Odile Jacob ; 2002.

DANON BOILEAU L.
De la stéréotypie au jeu, l'effet de la séduction.
REVUE FRANCAISE DE PSYCHANALYSE 2004 ; 68(1) : 127-40.

DANON BOILEAU L, MOREL MA, PHILIPPE A, LEROY M, BOURRAT MM, CHILLET
KRAUSS J, et al.
Observation du bain d'un enfant autiste.
CARNET PSY 2004 ; (86) : 24-6.

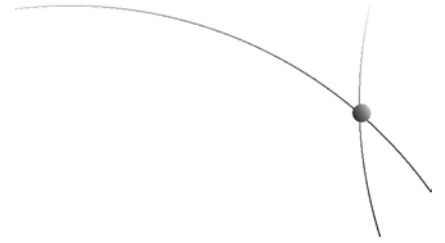
DANON BOILEAU, Laurent ; MOREL, Marie-Annick
L'énonciation autistique
in: CASTAREDE, Marie-France ; KONOPCZYNSKI, Gabrielle (dir.). - Au
commencement était la voix
Ramonville Sainte Agne, Erès, 2005, pp. 221-230

Affronter la violence du jeune adulte autiste
DARLES (Geneviève)
Déclic
2001
79, 28-29

Violence et agressivité dans la relation fraternelle avec une personne autiste
DAYAN (C.)
Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence
2009
57, 4, 287-292 ; biblio. (17 ref.)

Approche neurocognitive de l'autisme
DE VOLDER (ANNE, Coord.), GREGOIRE (J., Coord.), PEETERS (Hilde), CREPEL
(A.), FRYNS (J.-P.), DEVRIENDT (K.), BARGIACCHI (A.), ZILBOVICIUS (Monica),
ADRIEN (Jean-Louis), GATTEGNO (Maria-Pilar), MAGEROTTE (Ghislain), WILLAYE
(E.), BOUCHEZ (M.-H.), WINTGENS (A.), SERON (Xavier)
Fondation pour la recherche en neuropsychologie pédiatrique Docteur Anne Van Hout
Symposium. 2008-10-18. Louvain-la-Neuve
ANAE, approche neuropsychologique des apprentissages chez l'enfant
2008
20, 5, 100, 283-323 : tabl., ill. ; biblio. (dissem.)

DEBREU D, CAPRON S, DELCLOY A, JADZINSKI S, MILLAN K, TAUTIL F.
L'enfant autiste et le poney.
SYNAPSE 2003 ; (194) : 30-2.



DECHAMBRE D.

La communication. Des silences, des gestes, des paroles : la relation !

ERGOTHERAPIES 2005 ; (19) : 5-10.

DECHAMBRE D.

Pratiques spécialisées et méthodes spécifiques : pour qui opter, faut-il choisir ?

ERGOTHERAPIES 2009 ; (34) : 15-21.

Mon enfant est autiste : autisme, syndrome d'Asperger, TED : santé, éducation, vie quotidienne

Déclic, Paris, FRA, Association Autisme France

Editeur Lyon : Handicap international

2009

238 p. : ill. ; biblio. (8 p.)

DEFIOLLES PELTIER V.

Les vérités du corps dans les psychoses aiguës.

Paris : Morin ; 2000.

DEGRIECK S.

Penser et créer. De la conception à la concrétisation. Les premières étapes de l'apprentissage chez les personnes atteintes d'autisme ou de déficience intellectuelle.

Gent (Belgique) : Centre de Communication Concrète ; 2002.

DELAROCHE P.

Qu'est-ce que le psychodrame individuel psychanalytique ?, in GAYDA M Dir., LEBOVICI S Dir., Les causes de l'autisme et leurs traitements, Paris : Harmattan ; 2000, pp. 225-232

DELION P, BALAT M, GOLSE B.

L'enfant autiste, le bébé et la sémiotique.

Paris : Presses universitaires de France ; 2000.

DELION P.

La musique de l'enfance : chronique institutionnelle d'un pédopsychiatre.

Lecques : Ed. Champ Social ; 2000.

DELION P Dir.

Corps, psychose et institution. Erès Ramonville Saint-Agne, 2002. 344 p.

DELION P

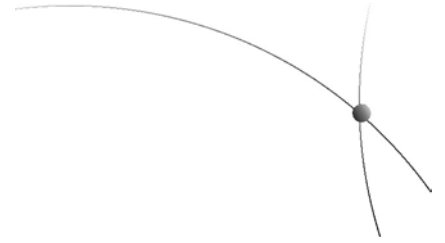
Du souci du corps au soin psychique : Un détour par le packing. *Enfances & Psy.* p. 102 à 110 2002/4 n° 20

DELION P, BEUCHER A, BULLINGER A, CAREL A, CHARLERY M, GOLSE B, et al.

Les bébés à risque autistique.

Ramonville Saint-Agne : Erès ; 2002.

DELION, Pierre



Autisme, institution mentale et mise en récit : une vraie consolation
Adolescence, 2003, n° spécial, pp. 107-117

DELION Pierre.

Le packing avec les enfants autistes et psychotiques.

Toulouse : Erès ; 2003.

Un dispositif départemental de dépistage et de prise en charge de l'autisme. Réflexions
d'étape

DELION (Pierre), BEUCHER (Alain), CHARLERY (Martine), DEVOYOD (Philippe),
KOTRAS (François), LECHERTIER (François), MERLET (Christine), OURABAH
(Nassera), PETIT (Didier), POUPLARD (François)

La psychiatrie de l'enfant

2003

46, 2, 579-608 ; biblio. (13 ref.)

DELION Pierre.

Dépistage et prise en charge précoces des troubles autistiques de la petite enfance.

EVOLUTION PSYCHIATRIQUE 2004 ; 69(4) : 641-50.

Soigner la personne psychotique : concepts, pratiques et perspectives de la
psychothérapie institutionnelle

DELION (Pierre)

Paris : Dunod

2005

209 p. : index ; biblio. (9 p.)

DELION Pierre.

L'enfant autiste à la lumière de la sémiotique.

JOURNAL FRANCAIS DE PSYCHIATRIE 2006 ; (25) : 23-5.

DELION P Dir.

La pratique du packing avec les enfants autistes et psychotiques en pédopsychiatrie.

Ramonville Saint Agne : Erès ; 2007.

DELION, Pierre ; BALAT, Michel (post.)

Séminaire sur l'autisme et la psychose infantile

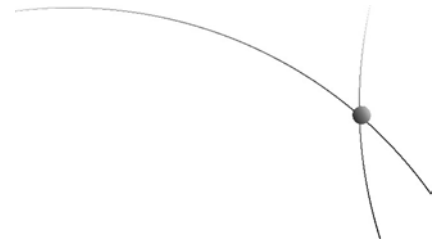
Ramonville Sainte Agne, Erès, 2009, 194 p.

Analyse in Carnet Psy, 1998, n° 34, pp. 20-22, par Anne-Marie Vaillant, de l'édition de
1997.

DELION Pierre.

Proposition pour une défense des soins psychiques. Lettre ouverte aux parents
d'enfants, adolescents et adultes autistes, à leurs professionnels éducateurs,
pédagogues et soignants.

ENFANCES & PSY 2009 ; (42) : 10-5.



DELION Pierre.
Séminaire sur l'autisme et la psychose infantile.
Toulouse : Erès ; 2009.

Autisme
DENNI-KRICHEL (Nicole, Dir.), MILCENT (Catherine), BURSZTEJN (Claude),
DANION-GRILLIAT (Anne)
Rééducation orthophonique
2001
207, 136 p. ; biblio. (dissem.)

DEWITTE, Bernard
A partir de l'expérience d'un CAMSP, quelques réalités cliniques de l'autisme avant
30 mois
Perspectives psychiatriques, 2007, vol. 46, n° 3, pp. 274-282
2me partie : pluralité de lieux et de pratiques

DESJARDINS S, DOYEN C, CONTEJEAN Y, KAYE K, PAUBEL P.
Traitement d'un enfant autiste par la naltrexone.
ENCEPHALE 2009 ; 35(2) : 168-72.

DIETERLE MP.
Autisme et psychoses, entre de bonnes mains. INFIRMIERE MAGAZINE 2002. n°
174, 26-31 pp.

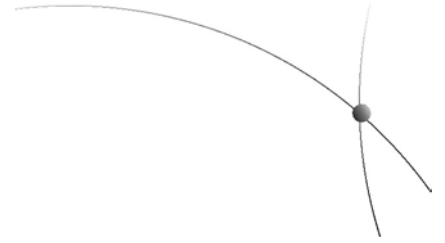
Autisme, le comportementalisme en question
DIMIER (Fabrice), VADRENNE (Fabienne)
Lien social
2009
936, 10-17 : ill. ; biblio. (1 ref.)

Expérience et critique du monde psy
DODIER (Nicolas, Coord.), RABEHARISOA (Vololona, Coord.), CROSSLEY (Nick),
MEADEL (Cécile), JACQUELINE (Sandra), EYRAUD (Benoît), FASSIN (Didier),
LATTE (Stéphane), RECHTMAN (Richard)
Politix, revue des sciences sociales du politique
Editeur Paris : Armand Colin
2006
n° isolé, 19, 73, 9-184 : ill., tabl ; biblio. (dissem.)

DONVILLE B.
Vaincre l'autisme.
Paris : Odile Jacob ; 2006.

DREYFUSS M.
Mémoire et mémorisation dans les autismes de l'enfance et de l'âge adulte : une étude
à partir de la notion de protodiakrisis. Tome I.
[S.l.] : Th. : Psychol. : Paris 8, Faculté de Saint-Denis, [2006?] ; 2006.

DUFOUR COCHELIN V.



Le traitement d'une position autistique par la méthode des enveloppements humides thérapeutiques : les packs.

PSYCHIATRIE DE L'ENFANT 2001 ; 44(2) : 531-56.

DUGNAT M, CYRULNIK B, ALLEMON MC, ANSERMET F, COUREAUD G, DAFFOS F, et al.

Les émotions (autour) du bébé.

Ramonville Saint-Agne : Erès ; 2006.

Partenariat entre des établissements scolaires et des structures médico-sociales

DUHAMEL (Thierry)

Sésame

2006

159, 16-19

DUPUIS G, ORJUBIN JM, COLAS C.

Du corps à l'être : regard pluridisciplinaire autour d'une thérapie d'un enfant autiste en pataugeoire.

Les stratégies éducatives : un espoir pour l'autisme. Principes, contenus et applications

DUQUESNOY (Max, Pref.), LEBRUN (S.), ROGE (B.), SCHOPLER (E.), MAGEROTTE (G.), BOURGEOIS (M.), FENAUX (I.), MILCENT (C.), GATTEGNO (M.P.), DURHAM (C.), VALENT (E.), ARTUSO (M.), TREHIN (C.)

Autisme France. Journée nationale, Paris, 2000-11-18

Les cahiers pratiques d'A.N.A.E.

2001

2, n° hors série, 1-40 : tabl., ill. ; biblio. (dissem.)

Les prises en charge de l'autisme, pratiques et recherches en France

DURAND (Bernard, Ed.), BOUVET (Cyrille, Coord.), CONSTANT (Jacques), RECORDON-GABORIAUD (Séverine), FIARD (Dominique), HUS (Jean-Michel), LOISEAU (Martine), GEPNER (Bruno), BOURGERON (Thomas), LEBOYER (Marion), DELORME (Richard), HOCHMANN (Jacques), ASSOULINE (Moïse)

Pratiques en santé mentale

2009

3, 5-51 : ill. ; biblio. (dissem.)

DUREY B.

Cohérences : de l'unité de l'être aux harmonies du soin.

Lecques : Champ social ; 2000.

Enseignement des mathématiques et enfants autistes

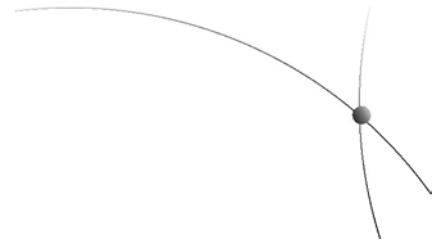
DUTILLIEUX (Geneviève)

Les sciences de l'éducation

2008

41, 1, 65-90 ; biblio. (dissem.)

DUVAL DESNOES LF.



L'animal peut-il aider l'individu autiste ? Etat des lieux de l'intervention animale dans la prise en charge de l'autisme en France.

Créteil : Médecine ; 2008.

EDELSON V.

Psychothérapie institutionnelle, sciences cognitives : la coexistence pacifique.

Strasbourg : DU Autisme et troubles apparentés ; 2000.

ELFAKIR, Abdelhadi

Mémoire et autisme : de la neuropsychologie à la psychanalyse : le cas de Cherechevski

Information psychiatrique, 2005, vol. 81, n° 9, pp. 763-770

Les principales prises en charge éducatives spécifiques aux TED issues de l'approche cognitivo-comportementale

ELOUARD (Patrick)

CREAI Bourgogne Des approches éducatives dans l'accompagnement des personnes atteintes d'autisme. Journée d'étude. 2007-10-06.

Bulletin d'informations, CREA Bourgogne

2008

279, 5-13 : ill. ; biblio. (20 ref.)

FEDIDA P Dir., ANDRE J, SCHNEIDER M, ESTELLON V, GRIBINSKI M, WIDLOCHER DEHRENBURG C, et al.

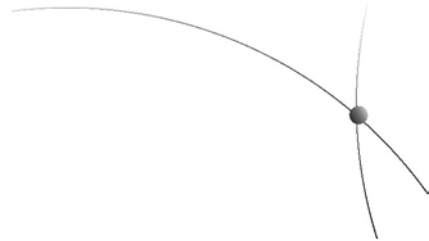
Humain/Déshumain.

Paris : Presses universitaires de France ; 2007.

Spécial numéro 500

FILLON (François), FERRY (Luc), DE ROBIEN (Gilles), MATTEI (Jean-François), BOISSEAU (Marie-Thérèse), DE MONTS DE SAVASSE (Hervé), DESSERTINE (André), SAVY (Jean), CAMBAZARD (Michel), SCHILD-CHIPILOFF (Nadia), MONTES (Francis), MOLINIE (Eric), BALDY (Françoise), BOSC (Jean-Louis), ASSANTE (Vincent), MONTES (Francis), TOURNAN (Fernand), DESAULLE (Marie-Sophie), FAIVRE (Henri), ROYEZ (Marcel), IDZIAK (Brigitte), BOISSARD (Jean-Jacques), CANNEVA (Jean), BARUCQ (Jean), DEVOLDERE (Régis), GARGAM (Nicole), FARDEAU (Michel), COURTEIX (Marie-Claude), BARBAROUX (Catherine), JOLIVET (Bernard), MAHI (Karima)

Association française contre les myopathies -AFM, Association nationale des parents d'enfants aveugles ou gravement déficients visuels avec ou sans handicap associé -ANPEA, Fédération des associations de parents d'enfants déficients auditifs -ANPEDA, Association nationale pour l'intégration des handicapés moteurs -ANPIHM, Association pour la réhabilitation professionnelle par le travail protégé -ANRTP, Association pour adultes et personnes handicapées -APAJH, Association des paralysés de France -APF, Comité de liaison et d'action des parents d'enfants et d'adultes atteints de handicaps associés -CLAPEAH, Fédération nationale des accidentés du travail et des handicapés -FNATH, Groupement pour l'insertion des handicapés physiques -GIHP, LADAPT, Union nationale des amis et familles de malades mentaux -UNAFAM, Union nationale des familles de traumatisés crâniens -UNAFTC, Union nationale des associations de parents et amis de personnes



handicapées mentales -UNAPEI, Union nationale pour l'insertion sociale du déficient auditif -UNISDA
AFM, ANPEA, ANPEDA, ANPIHM, ANRTP, APAJH, APF, CLAPEAH, FNATH, GIHP, LADAPT, UNAFAM, UNAFTC, UNAPEI, UNISDA
Réadaptation
2003
500, 5-57 : ill.

FISCHER AM.
Les troubles de l'attention chez l'enfant autiste.
THERAPIE PSYCHOMOTRICE ET RECHERCHES 2008 ; (153) : 18-23.

Autisme sévèrement déficitaire : comment éduquer, comment communiquer ?
FISCHER (Annemarie)
SCHOPLER (Eric)
Centre régional pour l'enfance et l'adolescence inadaptées -CREAI Bourgogne Autour des approches éducatives dans l'accompagnement des personnes atteintes d'autisme. Journée d'étude. 2007-10-06. Dijon
Au fil du mois, CREAI Provence, Alpes, Côte d'Azur, Corse
2008
64, 5-8

FLEURON (C.), ABECASSIS (J.)
Conduites automutilatrices, polyhandicap et psychoses déficitaires
Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence 2000 : (48) 5 ; 351-9

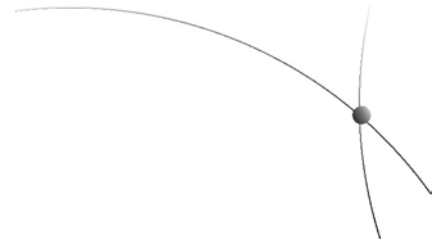
FONCK M.
Famille - autisme - stratégie éducative (Teacch, Makaton) : l'investissement parental dans la prise en charge de l'enfant, son influence et ses répercussions sur l'enfant en devenir.
Nancy : DU Psychopathologie de l'enfant ; 2008.

FOUQUE T.
Espace écoute et partage.
PSY-CAUSE 2000 ; (20-21) : 29-38.

FREEMAN S, DAKE L.
Apprends-moi le langage : manuel d'apprentissage du langage pour les enfants atteints d'autisme, du syndrome d'Asperger et d'autre troubles du développement.
Langley : SKF Books ; 2000.

FREMAUX T et coll.
Prescription de l'olanzapine chez l'enfant et l'adolescent
ENCEPHALE 2007 ; (33) 2 : 188-96

FRETZ TONGUE F, GEIGER C, JAUNIN F, MARTINONI F.
Thérapies institutionnelles et équipe pluridisciplinaire : spécificités, différences ? Que fait-on ?
REVUE DES HOPITAUX DE JOUR PSYCHIATRIQUES ET DES THERAPIES INSTITUTIONNELLES 2004 ; (6) : 117-27.



FROST L, BONDY A.

PECS : le système de communication par échange d'images : manuel d'apprentissage.
Paris : Pyramid educational consultants ; 2002.

Pédagogie, éducation et soin dans une école maternelle avec des jeunes autistes et psychotiques

FROTTIN (A.), CHALANDE (M.), CURE (S.), DAUDRE (L.), ALBERT (E.)

Société française de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et disciplines associées
Journées nationales. Quand l'enfant se développe autrement : autismes - retard. 2005-06-10. Tours

Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence

2006

54, 6-7, 379-382

GABBAI M.

Autisme, corps et espace : réflexions autour d'une prise en charge à l'hôpital de jour.
DESC de pédopsychiatrie, Strasbourg, 2000. 71 p.

Les souffrances psychiques dans les troubles envahissants du développement à l'âge adulte : souffrances des patients, souffrances des familles, souffrances des équipes

GABBAI (Philippe)

Les cahiers de l'Actif

2006

356-357, 37-56 : ill. ; biblio. (31 ref.)

GACHNOCHI G.

Elaboration psychique de l'équipe et processus de changement chez l'enfant psychotique en hôpital de jour. REVUE FRANCAISE DE PSYCHIATRIE ET DE PSYCHOLOGIE MEDICALE 2002. n° 54, 79-81 pp.

GAILLARD J Dir.

Pratiques sportives et handicaps : ensemble sportons-nous bien.

Lyon : Chronique Sociale ; 2007.

L'éducateur spécialisé, l'enfant handicapé et sa famille : une lecture systémique des fonctionnements institutions-familles en éducation spéciale

GAILLARD (Jean-Pierre)

Editeur Paris : ESF éditeur

2008

192 p. : ill. ; biblio. (2 p. + dissem.)

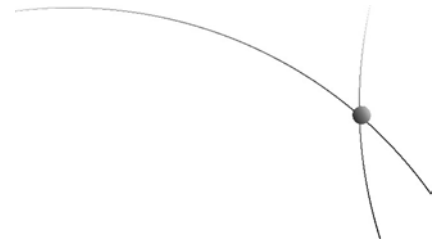
GARRET GLOANEC, Nicole ; BOUDART, Yves ; ROOS-WEIL, Fabienne

Psychiatrie et autisme

Information psychiatrique, 2008, vol. 84, n° 2, pp. 101-106

GATTEGNO MP, FERNIER A, GRANIER DEFERRE C, ADRIEN JL.

Etude des effets de l'accompagnement d'enfants autistes à l'école et à domicile sur leur développement psychologique et social (programme IDDEES).



ANAE 2005 ; 17(83-84) : 196-202.

GATTEGNO MP, REYNAUD L, STRERI A, BARTHELEMY C, ADRIEN JL.
Les dysfonctionnements interactifs et moteurs chez les bébés âgés de 4 à 6 mois ultérieurement diagnostiqués autistes : analyses à partir des films familiaux.
ANAE 2005 ; 17(83-84) : 152-64.

GATTEGNO MP, ABENHAIM N, KREMER A, CASTRO C, ADRIEN JL.
Etude longitudinale du développement cognitif et social d'un enfant autiste bénéficiant du programme IDDEES.
JOURNAL DE THERAPIE COMPORTEMENTALE ET COGNITIVE 2006 ; 16(4) : 157-68.

GAUCHER M, DAIGNEAULT R, FORGET J.
Acquisition des comportements sécuritaires de circulation piétonnière chez un enfant autiste.
JOURNAL DE THERAPIE COMPORTEMENTALE ET COGNITIVE 2009 ; 19(3) : 107-10.

GAUTHIER S.
L'organisation des soins par la psychiatrie d'adultes in : DELION, Pierre (dir.). - L'autisme et la psychose ^ travers les %ages de la vie : l'enfant, l'adolescent, l'adulte
Ramonville Sainte Agne, Erès, 2000, pp. 37-48

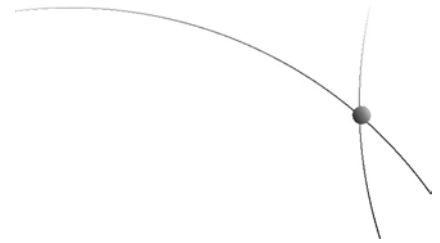
GAYDA M, LEOVICI S, GROUPE DE RECHERCHE SUR L'AUTISME, COLLECTIF.
Les causes de l'autisme et leurs traitements : groupe de recherche sur l'autisme et le polyhandicap.
Paris : Harmattan ; 2000.

GAYDA M, LEOVICI S, G.R.A.P., COLLECTIF.
L'enfant polyhandicapé et son milieu : Groupe de Recherche sur l'Autisme et le Polyhandicap.
Paris : Harmattan ; 2002.

Etude sur l'orientation et le devenir d'enfants autistes polyhandicapés
GAYDA (M.), SALEH (D.)
Annales médico-psychologiques
2004
162, 4, 280-284 : tabl. ; biblio. (3 ref.)

GEORGIEFF N.
Neuropsychologie cognitive de l'action et cognitions sociales : contribution à l'étude de l'autisme infantile.
ENCEPHALE 2000 ; 26(SP 3) : 22-9.

GEORGIEFF N.
Penser l'autre, être pensé par l'autre : intérêts de la notion de théorie de l'esprit pour la psychopathologie.



CARNET PSY 2005 ; (99) : 24-33.

GEPNER B.

Malvoyance du mouvement dans l'autisme infantile ? Une nouvelle approche neuropsychopathologique développementale.

PSYCHIATRIE DE L'ENFANT 2001 ; 44(1) : 77-126.

GEPNER B.

Le monde va trop vite pour les personnes autistes ! Hypothèses neurophysiopsychopathogéniques et implications rééducatives.

NEUROPSYCHIATRIE DE L'ENFANCE ET DE L'ADOLESCENCE 2006 ; 54(6-7) : 371-4.

GEPNER B.

Constellation autistique, mouvement, temps et pensée. 'Malvoyance de l'E-Motion', autres désordres du traitement temporo-spatial des flux sensoriels et dyssynchronie dans l'autisme.

DEVENIR 2006 ; 18(4) : 333-79.

GEPNER B.

Une nouvelle approche de l'autisme : des désordres de la communication neuronale aux désordres de la communication humaine.

SESAME 2008 ; (168) : 2-10.

GEPNER B.

Désordres du traitement temporo-spatial dans l'autisme : fondements neuropsychologiques et conséquences thérapeutiques.

PRATIQUES EN SANTE MENTALE 2009 ; 55(3) : 30-5.

GILLET P, FIAMEURY L, LENOIR P, SAUVAGE D

Aptitudes visuo-spatiales et fonctions exécutives dans l'autisme. Implications pour l'évaluation neuropsychologique des enfants d'âge préscolaire

GILLET P, LENOIR P, BATTY M, BARTHELEMY C.

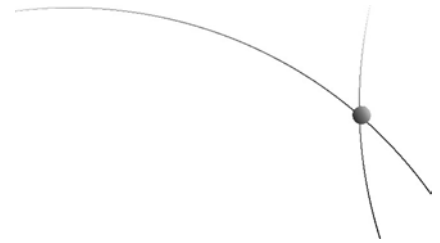
Traitement local et global des informations visuelles chez l'enfant avec autisme : considérations neuropsychologiques.

EVOLUTIONS PSYCHOMOTRICES 2007 ; 19(75) : 22-8.

GILLIS A, BENLOULOU G, ROUFF K.

Quel rôle pour les éducateurs ? La prise en charge des enfants psychotiques : établissements et personnels.

LIEN SOCIAL 2004, n° 720, P. 4-10, 1 réf.



GILLIS A.

L'autisme attrapé par le corps : le holding thérapeutique et les packs.

Sprimont : Mardaga ; 2003.

Intégration des personnes en situation de handicap : des initiatives, des réalisations
GIORGETTI (René), CANOVAS (Roland)BOURGAREL (Sophie), EBERSOLD (Serge),
FAGES (Anita), RECEVEUR (Joseph), ZRIBI (Gérard), JABOULIN (Guy), SOLEILHET
(Georges), VIENNEY (Ariane), THOMAS (Laurent), MARCELLINI (Anne)

Centre interrégional pour l'enfance et l'adolescence inadaptées Provence-Alpes-Côte
d'Azur Corse -CREAI PACA Corse, Marseille, FRA, Conseil régional Provence-Alpes-
Côte d'Azur, FRA

CREAI PACA Corse

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, OMS

Centre interrégional pour l'enfance et l'adolescence inadaptées Provence Alpes Côte-
d'Azur Corse -CREAI PACA Corse Colloque. 2003-06-03. Marseille

EditeurMarseille : CREAI PACA Corse

2006

91 p. : tabl., ill.

GIRARDOT AM, DE MARTINO S, REY V, POINSO F.

Etude des relations entre l'imitation, l'interaction sociale et l'attention conjointe chez les
enfants autistes.

NEUROPSYCHIATRIE DE L'ENFANCE ET DE L'ADOLESCENCE 2009 ; 57(4) : 267-
74.

GIROMINI F DIR, JOLY F, BOUTINAUD J, NILSSON KLOECKN.

Chapitre II - Les pathologies graves de l'enfance In : Corps et psychiatrie.

Paris : SB Publications ; 2002.

GIRON, Alain ; POUSSIN, Gérard ; COMTE-GERVAIS, Isabelle ; SOARES-
BOUCAUD, Isabelle

Evaluation de l'intelligence sociale chez l'enfant présentant des troubles spécifiques
du langage oral ; présentation d'une échelle d'évaluation clinique

Evolution Psychiatrique, 2008, vol. 73, n° 2, pp. 353-366

GOEB JL, MOUREN MC.

Place des traitements psychotropes dans l'autisme de l'enfant et de l'adolescent.

ANNALES MEDICO PSYCHOLOGIQUES 2005 ; 163(9) : 791-801.

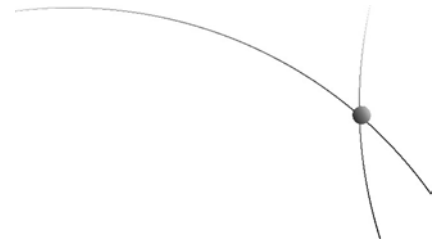
GOEB, Jean-Louis ; LENFANT, Anne-Yvonne ; LEROY, Catherine ; BONELLI, Frank

Articulation du soin et du pédagogique en hôpital de jour : le psy et l'instit parlent-ils
du même enfant ?

Perspectives psychiatriques, 2007, vol. 46, n° 3, pp. 267-273

2me partie : pluralité de lieux et de pratiques

GOEB, Jean-Louis ; RAVARY, Maud ; LALLIE, Céline ; KECHID, Géraldine ; JARDRI,
Renaud ; BONELLI, Frank ; LENFANT, Anne-Yvonne ; BALEYTE, Jean-Marc ; MILLE,
Christian ; DELION, Pierre



Intérêt des enveloppements humides initialement froids (packings) dans les troubles graves du comportement chez les enfants et adolescents autistes : étude pilote, prospectives et perspectives
Carnet PSY, 2009, n° 136, pp. 23-26

GOEB JL, RAVARY M, LALLIE C, KECHID G, JARDRI R, BONELLI F, et al.
Atelier G - Troubles envahissants du développement. Les enveloppements humides initialement froids (packings) sont efficaces dans les troubles du comportement chez les enfants et adolescents autistes.
NEUROPSYCHIATRIE DE L'ENFANCE ET DE L'ADOLESCENCE 2009 ; 57(6) : 529-34.

GOLSE B.
Avec les parents d'enfants autistes : une aussi longue histoire...
ENFANCES & PSY 2002 ; (21) : 99-104.

GOLSE, Bernard ; ELIEZ, Stephan
A propos de l'autisme et des troubles envahissants du développement : du " processus autistique " à l'autisme de scanner
Psychiatrie de l'enfant, 2007, vol. 51, n° 1, pp. 29-60

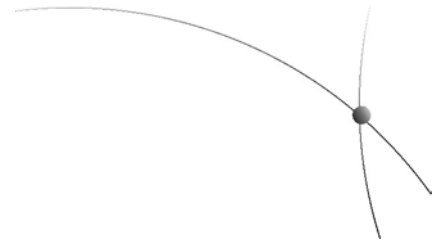
GOLSE B.
L'être-bébé : les questions du bébé à la théorie de l'attachement, à la psychanalyse, et à la phénoménologie.
Paris : Presses universitaires de France ; 2007.

GOLSE B, DELION P, ADRIEN JL, AUSSILLOUX C, BAERT J, BARTHELEMY L, et al.
Autisme : état des lieux et horizons.
Ramonville Saint-Agne : Erès ; 2007.

GOLSE B, GOEB JL, RAVARY M, LALLIE C, KECHID G, JARDRI R, et al.
A propos du packing ; suivi de Intérêt des enveloppements humides initialement froids (packings) dans les troubles graves du comportement chez les enfants et les adolescents autistes.
CARNET PSY 2009 ; (136) : 22-6.

GOUABAULT E.
'Un couple magique : le dauphin et l'autiste' : analyse socio-anthropologique d'une figure de l'imaginaire contemporain.
ANAE 2008 ; 20(98) : 146-54.

GOUSSE V, STILGENBAUER JL, DELORME R, MOUREN MC, MICHEL G, LEBOYER M.
Etude des profils cognitifs chez les apparentés de personnes avec autisme : hypothèse d'un manque de flexibilité cognitive ?
ANNALES MEDICO PSYCHOLOGIQUES 2009 ; 167(9) : 704-8.



GRABER, Jean-Luc

Approches éducatives de l'enfant psychotique : questionnement d'un psychiatre (1989)

in: GRABER, J. - L'enfant, la parole et le soin : la clinique mise à l'épreuve

Ramonville Sainte Agne, Erès, 2004, pp. 215-222

Conférence au Colloque "Approches thérapeutiques et éducatives de l'autisme et des psychoses infantiles précoces", Villeurbanne, décembre 1989

Autisme et théorie de l'esprit : un modèle cognitif pour comprendre la symptomatologie ?

GRAS-VINCENDON (A.), SEEGMULLER (C.), BURSZTEJN

Société médico-psychologique, Séance. 2000-02-28

Annales médico-psychologiques

2000

158, 7, 574-576 ; biblio. (dissem.)

GRATIER M

Harmonies entre mère et bébé : accordage et contretemps

ENFANCES ET PSY 2001, 13 : 9-15

GROLLIER M.

« L'autisme au xxie siècle... », Cliniques méditerranéennes 2007/2, n° 76, p. 271-286.

GROLLIER, Michel

Analyse d'énoncés d'enfants autistes à partir de la psychanalyse, quelle ouverture pour une énonciation ?

Evolution Psychiatrique, 2007, vol. 72, n° 3, pp. 421-435

GRYNSZPAN O.

Etude exploratoire des interfaces homme-machines éducatives pour l'autisme.

ENFANCE 2007 ; 59(2) : 189-204.

GUEDENEY A, MINTZ AS, DUGRAVIER R.

Risques développementaux chez le nourrisson de la naissance à 18 mois.

EMC PSYCHIATRIE 2007 ; 129(37 195 A 20) : 1-6.

GUEDENAY A, MINTZ AS, DUGRAVIER R.

Risques développementaux chez le nourrisson de la naissance à 18 mois.

JOURNAL DE PEDIATRIE ET DE PUERICULTURE 2007 ; 20(3-4) : 146-51.

GUIBERT, Clément de ; BEAUD, Laurence

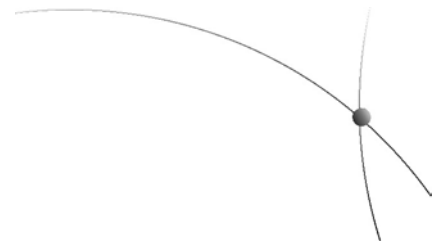
Différence entre autisme de Kanner et "psychose infantile" : déficits d'unité vs d'identité de la situation ?

Psychiatrie de l'enfant, 2005, vol. 48, n° 2, pp. 391-423

GUIDETTI M.

Pragmatique et psychologie du développement : comment communiquent les jeunes enfants.

Paris : Belin ; 2003.



GUIDETTI M, TURQUOIS L, ADRIEN JL, BARTHELEMY C, BERNARD JL.
Aspects pragmatiques de la communication et du langage chez des enfants typiques et des enfants ultérieurement diagnostiqués autistes.
PSYCHOLOGIE FRANCAISE 2004 ; 49(2) : 131-44.

GUILBAUD O.
L'alexithymie dans ses rapports avec un mode de fonctionnement autistique.
PSYCHIATRIE DE L'ENFANT 2007 ; 50(2) : 503-26.

GUILE JM, FRETTER V.
Le moment de la crise d'opposition chez l'enfant à risque autistique : un tournant dans la construction psychique.
NEUROPSYCHIATRIE DE L'ENFANCE ET DE L'ADOLESCENCE 2006 ; 54(6-7) : 364-70.

GUILÉ, Jean-Marc
Politiques publiques, discours et pratiques professionnelles autour de l'autisme
Perspectives psychiatriques, 2008, vol. 47, n° 2, pp. 113-116

GUILLAUME JC.
Archaïque, psychanalyse, institution. JOURNAL DE LA PSYCHANALYSE DE L'ENFANT 2003. n° 32, 25-49 pp.

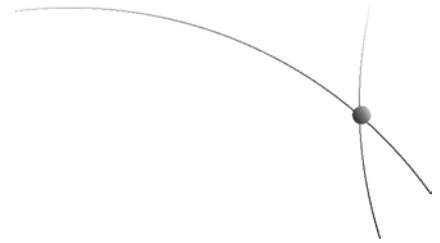
HAAG G
Le moi corporel
In : GEISSMANN, C. (dir.) ; HOUZEL, D. (dir.) – L'enfant, ses parents et le psychanalyste
Paris, Bayard, 2000

HAAG, G, La pratique psychanalytique avec les enfants autistes : aménagements techniques, processus possibles, développements métapsychologiques, in *Pratiques de la psychanalyse*, J. Cournut et al., Débats de psychanalyse, Monographies de la RFP, Paris, Puf, p. 75-85. 2000

HAAG M, A propos et à partir de l'œuvre et de la personne d'Esther Bick, Vol. I : La méthode d'E. Bick pour l'observation régulière et prolongée d'un tout-petit au sein de sa famille, 445 pages, index, Imprimerie nationale, auto édition, Paris. 2002

HAAG, Geneviève
La psychanalyse des enfants psychotiques
in: GEISSMANN, C. (dir.) ; HOUZEL, D. (dir.). - Psychothérapies de l'enfant et de l'adolescent
Paris, Bayard, 2003, pp. 953-966

HAAG, Geneviève
Réflexions de psychothérapeutes de formation psychanalytique s'occupant de sujets avec autisme
Revue française de psychosomatique, 2005, n° 27, pp. 113-124



HAAG, Geneviève

L'enfant autiste et l'objet sonore prénatal : les retrouvailles de l'objet sonore prénatal au cours des traitements psychanalytiques avec les enfants autistes
in: CASTAREDE, Marie-France ; KONOPCZYNSKI, Gabrielle (dir.). - Au commencement était la voix
Ramonville Sainte Agne, Erès, 2005, pp. 199-210

HAAG G.

Communication préverbale dans le développement précoce et à l'émergence des états autistiques. Ressemblances et différences.
NEUROPSYCHIATRIE DE L'ENFANCE ET DE L'ADOLESCENCE 2005 ; 53(7) : 349-53.

HAAG, G, Comment les psychanalystes peuvent aider les enfants avec autisme et leurs familles, *Médecine et enfance*, (mai 2005), 16-20. 2005

HAAG G.

Clivages dans les premières organisations du moi : sensorialités, organisation perceptive et image du corps.
CARNET PSY 2006 ; (112) : 40-2.

HAAG G.

Les souffrances inhérentes aux difficultés de prendre corps et garder contenance dans les états autistiques et post autistiques.
THERAPIE PSYCHOMOTRICE ET RECHERCHES 2008 ; (154) : 86-95.

HAAG G.

Place de la structuration de l'image du corps et grille de repérage clinique des étapes évolutives de l'autisme infantile.
ENFANCE 2009 ; 61(1) : 121-32.

HADDON M, DEMANGE O Trad.

Le bizarre incident du chien pendant la nuit.
Paris : Nil ; 2004.

Scolariser l'enfant autiste : objectifs et modalités

HAMEURY (L.), MOLLET (M.), MASSE (S.), LENOIR (P.), BARTHELEMY (C.)
Société française de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et disciplines associées
Journées nationales. Quand l'enfant se développe autrement : autismes - retard. 2005-06-10. Tours
Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence
2006
54, 6-7, 375-378 ; biblio. (6 ref.)

D'un contenant à l'autre : la psychomotricité auprès des enfants autistes et psychotiques

HANDICAP INTERNATIONAL
Lyon : Handicap international 2007
DVD, 33 minutes



HAUTE AUTORITE DE SANTE, AUSSILLOUX C Dir.
Recommandations professionnelles pour le diagnostic d'autisme.
Saint-Denis la Plaine : Haute Autorité de santé, 2005.

HEBERT F.
Rencontrer l'autiste et le psychotique : jeux et détours.
Paris : Vuibert ; 2006.

HENNEQUIN M, ALLISON PJ.
Besoins de santé spécifiques et prise en charge universelle : L'inadéquation en santé bucco-dentaire. *Prévenir*, 39, 197-200, 2000

Comment Sésame-Autisme conçoit l'intégration
HERAULT (Marcel)
Sésame, Autisme et psychoses infantiles
2000
134, 11-12

L'accompagnement des adolescents et adultes avec autisme et TED
HERAULT (Marcel), MAGEROTTE (Ghislain), WILLAYE (Eric), MARICOURT (Lydia), MIRAMBEAU (Isabelle), GUGLIELMI (Michel), SCHMITT (Estelle), CONSTANT (Jacques), LUCAS POINTEAU (Claire), MACE (Geneviève), BONFANTI (Barbara), GABBAI (Philippe), MICHELON (Yves), MANSOURIAN-ROBERT (Jacqueline), BIETTE (Sophie)
FEDERATION SESAME AUTISME, ARAPI,
Les cahiers de l'Actif
2009
390-391, 5-226 : tabl., ill. ; biblio. (dissem.)

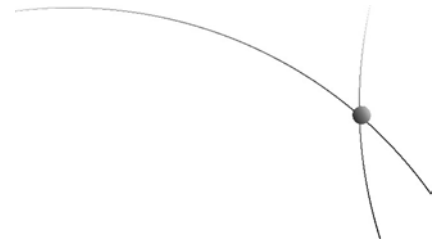
HERAULT M.
Packing.
SESAME 2009 ; (170) : 13-5.

HERNANDEZ SIXOU C.
L'informatique au service des autistes.
Marseille : Médecine ; 2003.

HOCHMANN, Jacques
Entre actes ; Un point de vue sur le traitement institutionnel des psychoses de l'enfant
in: SASSOLAS, M. (dir.). - Le théâtre du soin, ses acteurs et ses lieux
Mezrieu, Césura, 1990, pp. 21-32

HOCHMANN J, MACHABERT R, ANDRE A, CLEYET MARREL F, REDON MN.
Une expérience de groupe thérapeutique avec des enfants autistes possédant le langage : contribution à une étude du développement de la représentation interpersonnelle de soi.
PSYCHIATRIE DE L'ENFANT 2000 ; 43(1) : 127-73.

HOCHMANN J.



Au risque de la psychiatrie communautaire : une expérience de suivi au long cours d'enfants puis d'adolescents autistes (Lyon 2004).
SESAME 2004 ; (152) : 4-8.

HOCHMANN J.

Soigner, éduquer, instituer, raconter. Histoire et actualité des traitements institutionnels des enfants psychiquement troublés.

REVUE FRANCAISE DE PSYCHANALYSE 2006 ; LXX(4) : 1043-63.

HOCHMANN, Jacques ; MISES, Roger (préf.)

Histoire de l'autisme : de l'enfant sauvage aux troubles envahissants du développement

Paris, Odile Jacob, 2009, 528 p.

HOCHMANN J.

Soin institutionnel aux enfants et aux adolescents souffrant de troubles graves et précoces du développement (autismes et psychoses de l'enfance). EMC PSYCHIATRIE 2009 ; 137(37 210 A 10) : 1-9.

HOMMET C Dir., JAMBAQUE I Dir., BILLARD C Dir., GILLET P Dir.

Neuropsychologie de l'enfant et troubles du développement.

Marseille : Solal ; 2005.

HOUDE D., La psychologie de l'enfant, Ed que sais-je. Numéro 369. 2004

HOUZEL D.

Comment articuler l'affectif et le cognitif dans l'autisme infantile ?

INFORMATION PSYCHIATRIQUE 2000 ; 76(2) : 153-7.

HOUZEL D, EMMANUELLI M, MOGGIO F

Dictionnaire de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent

Paris : PUF, 2000

HOUZEL D.

Travailler avec les parents d'enfants autistes. In : Le soutien thérapeutique aux parents.

Paris : Dunod ; 2001.

HOUZEL D., L'aube de la vie psychique, ESF Ed. 2002

HOUZEL D

Les signes précoces de l'autisme et leur signification psychopathologique, in : CARNET PSY. Numéro spécial hors-série sur l'autisme. 2003

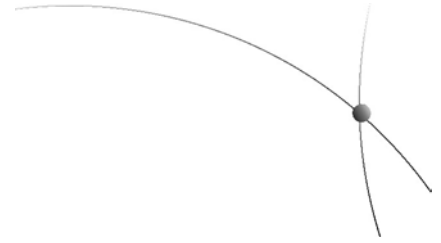
HOUZEL D.

L'enfant autiste et ses espaces.

ENFANCES & PSY 2006 ; (33) : 57-68.

HOUZEL, Didier

Les modèles dynamiques de l'autisme



Perspectives psychiatriques, 2006, vol. 45, n° 3, pp. 213-216

Accueillir et accompagner la différence : scolarisation et handicap
ICHES (Catherine), GOHET (Patrick, Préf.), BRUNEAU (Michel)
Centre national d'enseignement à distance -CNED, Toulouse, FRA, Fondation caisses
d'épargne pour la solidarité -FCES, Paris, FRA
CNED, FCES
2008
80 min., livret 19 p., dossier de presse 8 p.

IDOUX THIVET A.
Ecouter l'autisme. Le livre d'une mère d'enfant autiste.
Paris : Autrement ; 2009.

Adaptation scolaire et scolarisation des élèves handicapés : textes de référence,
volume I et volume II, administration et législation du service public de l'Education
nationale
Institut national supérieur de formation et de recherche pour l'éducation des jeunes
handicapés et les enseignements adaptés -INS HEA, Suresnes, FRA
INS HEA
EditeurSuresnes : Editions de l'INS HEA
2006
Vol. I, 229 p., Vol II, 244 p.

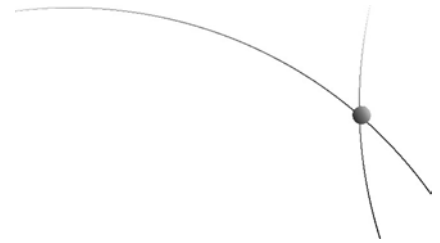
Psychothérapie : trois approches évaluées
Institut national de la santé et de la recherche médicale -INSERM, Paris, FRA
INSERM
EditeurParis : Inserm
2004
55 p. + 4 p. : ill., tabl. ; biblio. (dissem.)

Le projet Castor et Pollux ou une autre façon d'aller à l'école
ISSERLIS (Catherine)
La feuille d'Acanthe
2004
13, n° isolé, 4-7 : ill.

JACQUEMET JL.
Aurélien ou le fort intérieur. 'Aurélien, 17 ans, autiste, incommunicant profond...'.
Barret le Bas : Souffle d'or ; 2000.

Travailler ensemble autour de l'ordinateur : quand des adolescents autistes scolarisés
en UPI collaborent pour la résolution de situations-problèmes
JACQUET (Daniel), ULRICH (Françoise)
La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation
2006
34, 167-179 : ill. ; biblio. (dissem.)

JANIN DUC D.
Autrement. JOURNAL FRANCAIS DE PSYCHIATRIE 2006 ; (25) : 39-41.



Neuropsychologie des difficultés d'ajustement social de l'enfant avec autisme en situation d'intégration scolaire en milieu ordinaire : revue de questions
JEANTIN (A.), BLANC (R.), FONTAINE (R.), BARTHELEMY (C.)
ANAE, approche neuropsychologique des apprentissages chez l'enfant
2009
21, 1, 101, 59-68 : tabl., ill. ; biblio. (3 p.)

JOLY F, BASQUIN M, BERGER M, CANDILIS HUISMAN D, DANON BOILEAU L, DANON BOILEAU H, et al.
Jouer... Le jeu dans le développement, la pathologie et la thérapeutique.
Paris : In Press ; 2003.

JOLY (Fabien), CONSTANT (J.), ROPERS (Béatrice), RAMELLI (Martine), BOUTINAUD (J.), RODRIGUEZ (Marc), RAYNAUD (J.-P.), DANNER (C.), INIGO (J.-P.), POTEI BARANES (C.), MISES (R.), BULLINGER (A.)
DE AJURIAGUERRA (Julian)
Les thérapeutiques psychomotrices en psychiatrie de l'enfant
Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence 2007 : (55) 2 ; 73-135

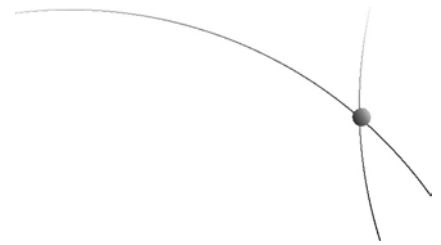
Handicap mental : prévention et accueil
JONCKHEERE (Paul, Dir.), SALBREUX (Roger, Dir.), MAGEROTTE (Ghislain, Dir.), BLEROT (Claire), BRAGARD (Arlette), CARDOSO CASCANTE (Miguel), CHARLIER - MIKOLAJCZAK (Dominique), CRITS (Anne), DECREME (Nathalie), DELVILLE (Jacqueline), DEMOULIN (Véronique), DEPREZ (Monique), DEREPEPE (Chantal), DESTREE (Anne), FELTEN (Jean-François), GUZMAN-MONTOYA (Elena), HAUMONT (Dominique), HOUCARD (Véronique), LEPOT-FROMENT (Christine), MALET (Claude), MELIN (Jacques), PAILLET (Jean-Marie), SIMON (Isabelle), SOREL (Marie), THOUMSIN (Henri), VAN MALDERGEM (Lionel), VAN WYMEERSCH (Guy), VOISIN (Nathalie), VOKAER (Alain), WILLAYE (Eric)
Editeur Bruxelles : De Boeck
2007
298 p. : tabl. ; biblio. (dissem.)

JORDAN R, POWELL S, ROSENBERG M Trad.
Les enfants autistes : les comprendre, les intégrer à l'école.
Paris : Masson ; 2001.

JOUBERT, Martin
Temporalité et autisme : de l'immuabilité comme modalité défensive
Psychiatrie de l'enfant, 2003, vol. 46, n° 2, pp. 435-454

JOUBERT, Martin
L'enfant autiste et le psychanalyste : essai sur le contre-transfert dans le traitement des enfants autistes
Paris, Presses Universitaires de France, 2009, 256 P.

JOUZIER FISCHER C.
Qualité de vie des parents d'enfants autistes.
Montpellier 3 : Maîtrise Psychologie du développement ; 2003.



JUHEL JC.

La déficience intellectuelle : connaître, comprendre, intervenir.
Lyon : Chronique sociale ; 2000.

JULLIEN A, BOULEY JC.

Maladie de Bourneville, épilepsie et troubles envahissants du développement.
NEUROPSYCHIATRIE DE L'ENFANCE ET DE L'ADOLESCENCE 2001 ; 49(2)

Aide à l'adaptation et à l'intégration scolaire, le rôle du psychologue à l'école, des exemples de pratiques

JUMEL (Bernard), DELAUNAY (Christian), SIMON (Pierre), TAUZIN (Cécile), LARZUL (Stéphane), DUCHEINE (Evelyne)

Psychologie et éducation

2006

1, 41-60 ; biblio. (dissem.)

JUTARD C, KLOECKNER A, PERISSE D, COHEN D.

Intérêt de l'abord sensorimoteur dans les pathologies autistiques sévères. II : illustration clinique.

NEUROPSYCHIATRIE DE L'ENFANCE ET DE L'ADOLESCENCE 2009 ; 57(2) : 160-5.

KABUTH B.

Hôpital de jour, alliance thérapeutique et évolution clinique : évaluation longitudinale de 35 familles pendant 2 ans.

Nancy : Psychologie ; 2003.

KABUTH B, TYCHEY C, VIDAILHET C.

Alliance thérapeutique avec les mères et évolution clinique des enfants d'un hôpital de jour.

ANNALES MEDICO PSYCHOLOGIQUES 2005 ; 163(6) : 486-92.

KLEIN M, LAMBS B, ZORNIOTTI MC, HENNECON JL.

Un enfant autiste en thérapie psychomotrice : la question des espaces.

KLOECKER A, JUTARD C, BULLINGER A, NICOULAUD L, TORDJMAN S, COHEN D.

Intérêt de l'abord sensorimoteur dans les pathologies autistiques sévères. I : introduction aux travaux d'André Bullinger.

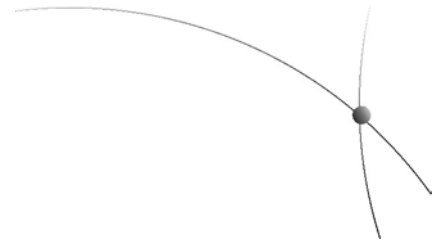
NEUROPSYCHIATRIE DE L'ENFANCE ET DE L'ADOLESCENCE 2009 ; 57(2) : 154-9.

KRANTZ P, MCCLANNAHAN.

Les compétences d'interactions sociales pour les enfants avec autisme : une procédure d'estompage de script pour les lecteurs débutants.

ANAE 2005 ; 17(83-84) : 210-7.

KRAUSS S.



Autisme infantile et modelage. JOURNAL DES PSYCHOLOGUES 2000. n° 181, 68-69 pp.

KRAUSS S, GOLSE B Trad.
L'enfant autiste et le modelage : de l'empreinte corporelle à l'empreinte psychique.
Ramonville Saint-Agne : Erès ; 2007.

LABRUYERE N, HUBERT B.
Traitement de l'information faciale dans l'autisme.
EVOLUTION PSYCHIATRIQUE 2009 ; 74(1) : 65-77.

Un brillant colloque dans un lieu prestigieux ! 1.
LACAZE (Martine)
ARAPI
Association pour la recherche sur l'autisme et la prévention des inadaptations -ARAPI-.
Les droits des personnes autistes. 2004-04-02, Paris
Sésame, Autisme et psychoses infantiles
2003
148, 4-13 ; biblio. (dissem.)

LAFFORGUE P.
Petit Poucet deviendra grand : soigner avec le conte.
Paris : Payot et Rivages ; 2002.

LAINE F, TARDIF C, RAUZY S, GEPNER B.
Perception et imitation du mouvement dans l'autisme : une question de temps.
ENFANCE 2008 ; 60(2) : 140-57.

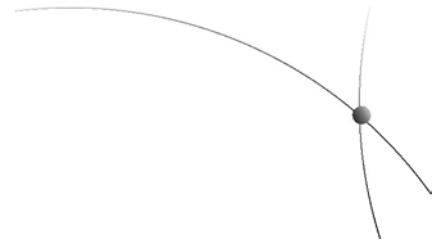
LAINE F, RAUZY S, GEPNER B, TARDIF C.
Prise en compte des difficultés de traitement des informations visuelles et auditives rapides dans le cadre de l'évaluation diagnostique de l'autisme.
ENFANCE 2009 ; 61(1) : 133-41.

LAINE F, TARDIF C, GEPNER B.
Amélioration de la reconnaissance et de l'imitation d'expressions faciales chez des enfants autistes grâce à une présentation visuelle et sonore ralentie.
ANNALES MEDICO PSYCHOLOGIQUES 2008 ; 166(7) : 533-8.

Pour la scolarisation de tous les élèves en situation de handicap : élèves à besoin de projet éducatif particulier
LAMOUR (Sophie)
Le Pélican, Informations CREA Languedoc Roussillon
2006
172, 4-9

LAPEYRE M.
Musicothérapie : relation à soi, communications avec autrui.
Parempuyre : Editions du non verbal ; 2007.

LANCON G.



Bilan sensorimoteur et psychothérapie institutionnelle dans la prise en charge des patients souffrants d'autisme.

THERAPIE PSYCHOMOTRICE ET RECHERCHES 2004 ; (140) : 50-3.

Les problèmes de comportement : un défi pour tous

LANDERCY (Albert), VAN VLAENDEREN (Bernadette), MAGEROTTE (Ghislain)

Service universitaire spécialisé pour personnes qui présentent de l'autisme -SUSA.

Conférence. 6. 1999-10-02, Mons (Belgique)

Handicaps-Info

2000

15, 1, 15-80 : tabl., ill. ; biblio. (5 p.)

Le syndrome d'Asperger : capacités verbales et adaptation sociale

LANDRY (M.), BLANC (R.)

ANAE, approche neuropsychologique des apprentissages chez l'enfant

2009

21, 1, 101, 69-84 : ill. ; biblio. (3 p.)

Autisme et psychoses infantiles à l'adolescence : dépistage de maladies génétiques

LAPUYADE (Sylvie), ASSOULINE (Moïse), BIED-CHARRETON (Stéphanie)

Psychiatrie française

2000

31, 2, 105-118

LARCHEZ M, TREIBER F.

J'ai un copain autiste.

Colmar : Alsace ; 2001.

LASA, Alberto

Evacuation et représentation de la violence chez l'enfant psychotique

in: Sens et non-sens de la violence : nouvelles expressions, nouvelles approches

Paris, Presses Universitaires de France, 2002, pp. 341-348

LATOUR AM.

Idées simples... à propos du travail en psychomotricité auprès des autistes.

THERAPIE PSYCHOMOTRICE ET RECHERCHES 2005 ; (142) : 4-13.

LATOUR AM.

Le travail en psychomotricité avec l'enfant autiste.

SOINS PSYCHIATRIE 2006 ; (246) : 41-5.

LATOUR AM, DELION P, LAFFORGUE P.

La pataugeoire : contenir et transformer les processus autistiques.

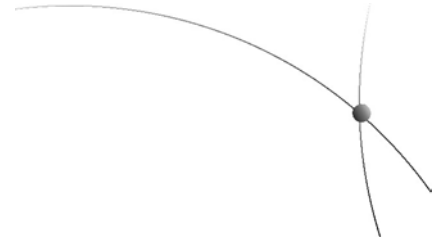
Ramonville Saint-Agne : Erès ; 2007.

LATOUR AM.

Le travail des analogies corps-espace en psychomotricité.

THERAPIE PSYCHOMOTRICE ET RECHERCHES 2007 ; (150) : 78-87.

LATOUR AM.



Processus autistiques et psychomotricité. 'Apprendre de l'expérience'.
NEUROPSYCHIATRIE DE L'ENFANCE ET DE L'ADOLESCENCE 2008 ; 56(1) : 39-43.

LATOURE AM.

Le corps, cet inconnu. Les conditions de l'instrumentation dans l'autisme.
THERAPIE PSYCHOMOTRICE ET RECHERCHES 2008 ; (154) : 96-107.

LATOURE AM.

Du moi-ressenti au moi-psychomoteur : une hypothèse à propos des troubles archaïques.
NEUROPSYCHIATRIE DE L'ENFANCE ET DE L'ADOLESCENCE 2009 ; 57(4) : 255-9.

LATOURE AM.

Mettre de l'ordre dans l'espace, c'est mettre de l'ordre dans la relation à soi et à l'autre, ou est-ce l'inverse... ? Un espace pour la figuration.

Ecole en milieu ordinaire et établissements spécialisés

LAXALT (Jean-Michel), GARCIA (Jean-Louis, Interv.), TOURNAN (Fernand), SALINES (Michel), BEVILACQUA (Pascale), NIEN (Hugues), MERCIER (Jean-Pierre), VIGNEAU (Jean-Louis), TARRICQ (Jean-Michel), CABANE (Francine), DE SIMONE (Françoise, Interv.), LOCHMANN (Vincent, Interv.)

Mutuelle générale de l'éducation nationale -MGEN, Paris, FRA, Association pour adultes et jeunes handicapés -APAJH, Saint-Cloud, FRA

MGEN, APAJH

Réadaptation

2009

557, 9-38 : ill.

LAXER G.

De l'éducation des autistes déficitaires.

Ramonville Saint-Agne : Erès ; 2002.

LAZARTIGUES A, LEMONNIER E.

Les troubles autistiques : du repérage précoce à la prise en charge.

Paris : Ellipses ; 2005.

LAZNIK MC.

Vers la parole : trois enfants autistes en psychanalyse.

Paris : Denoël ; 2003.

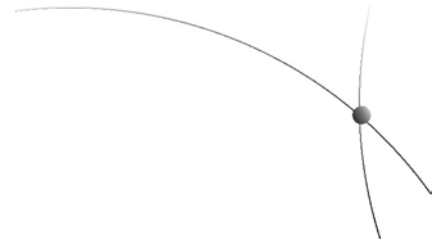
LAZNIK PENOT, Marie-Christine ; MAESTRO, Sandra ; MURATORI, Filippo ; PARLATO, Erika

Les interactions sonores entre les bébés devenus autistes et leurs parents

in: CASTAREDE, Marie-France ; KONOPCZYNSKI, Gabrielle (dir.). - Au commencement était la voix

Ramonville Sainte Agne, Erès, 2005, pp. 171-181

LE MALÉFAN, Pascal



Marionnette et jeu des limites
in: SCELLES, Régine (dir.). -Limites, liens et transformations
Paris, Dunod, 2003, pp. 101-124

LE RUN JL, BILLARD A.
Les parents à l'hôpital de jour.
ENFANCES & PSY 2002 ; (21) : 113-20.

Autisme et A.B.A. : une pédagogie du progrès
LEAF (Ron), MCEACHIN (John), FONBONNE (Agnès, Trad.), MILCENT (Catherine,
Trad.)
Paris : Editions Pearson Education
2006
421 p. : ill., tabl, index

LEBRUN S.
Réflexions d'enseignants sur la théorie de l'apprentissage après 25 ans de mise en
pratique à l'école Kohai (Toronto).
ANAE 2001 ; (HS 2) : 7-8.

LECHEVALIER, Bianca ; GOLSE, Bernard (préf.)
Traitement psychanalytique mère-enfant : une approche au long cours des psychoses
de l'enfant
Paris, In Press, 2004, 185 p.

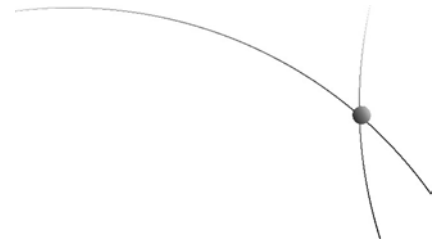
LECHEVALIER B.
Le traitement psychanalytique individuel de l'autisme infantile est-il univoque ?
NEURO PSY NEWS 2007 ; 6(3) : 120-3.

LECOURT, Edith
Cris, chantonnements et autres manifestations vocales chez des enfants à conduites
autistiques
in: CASTAREDE, Marie-France ; KONOPCZYNSKI, Gabrielle (dir.). - Au
commencement était la voix
Ramonville Sainte Agne, Erès, 2005, pp. 211-219

LECOURT E.
Le sonore et la figurabilité.
Paris : Harmattan ; 2006.

LECUYER R
Le développement cognitif du nourrisson
Paris : Dunod, 2004

De jeunes autistes intégrés au lycée
LEFEBVRE (Caroline)
Lien social
2009
944, 22-24 : ill.



LEMAY M.

L'autisme aujourd'hui.

Paris : Odile Jacob ; 2004.

LENFANT AY, LEROY C, BONELLI F, GOEB JL.

Articulation du soin et du pédagogique en hôpital de jour : le psy et l'instit parlent-ils du même enfant ? PERSPECTIVES PSY 2007 ; 46(3) : 267-73.

LENOIR P, MALVY J, BODIER RETHORE C, Collab.

L'autisme et les troubles du développement psychologique.

Paris : Masson ; 2004.

LESAGE B.

La danse dans le processus thérapeutique : fondements, outils et clinique en danse-thérapie.

Ramonville Saint-Agne : Erès ; 2006.

LEVERRIER M.

L'impossible accès à la parole. Quatre histoires cliniques : autisme, mutisme psychotique, dépression infantile et deuil chez l'enfant.

Ramonville Saint-Agne : Erès ; 2004.

LHEUREUX DAVIDSE C.

L'autisme infantile ou le bruit de la rencontre : contribution à une clinique des processus thérapeutiques.

Paris : Harmattan ; 2003.

LHEUREUX DAVIDSE C.

La reconstruction de l'image du corps chez Léo, enfant trisomique présentant des retraits autistiques.

CLINIQUES MEDITERRANEENNES 2004 ; (69) : 289-308.

LHEUREUX DAVIDSE C.

Emergences du langage verbal chez des enfants autistes.

PERSPECTIVES PSY 2006 ; 45(3) : 226-30.

LHEUREUX DAVIDSDSE C.

Jouer avec les mouvements, les vibrations et les rythmes dans l'émergence de la voix.

CHAMP PSYCHOSOMATIQUE 2007 ; (48) : 185-203.

LIBEAU MANCEAU M.

Le packing d'Aurore, une texture psychique à plusieurs voix.

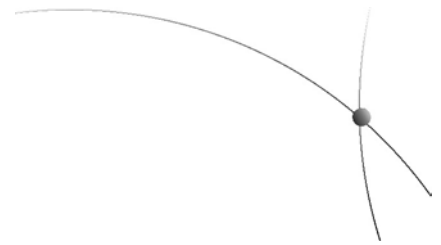
SOINS PSYCHIATRIE 2006 ; (245) : 21-4.

LIERMIER C, JONCOUX G.

Atelier 3 - Formes et déroulements inattendus du soin.

COQ HERON 2001 ; (165) : 55-60.

LIGNAC MARY M Coord., GEORGIEFF N, GEPNER B, LAZARTIGUES A, AUSSILLOUX C, BOUY F, et al.



Colloque de Sésame Autisme à Chambéry : la place des méthodes éducatives à la lumière de connaissances récentes sur l'autisme.
SESAME 2009 ; (170) : 24-9.

LIVOIR PETERSEN MF.

De l'apport de quelques concepts développementaux dans la représentation de la psychopathologie.
INFORMATION PSYCHIATRIQUE 2001 ; 77(2) : 157-64.

Des enfants autistes à l'école

LIVOIR-PETERSEN (M.F.)

Le Pélican, Informations CREA Languedoc Roussillon

2006

177, 4-12 ; biblio. (15 ref.)

Scolarisation des enfants à besoins particuliers

LIVOIR-PETERSEN (Marie-Françoise)

Sésame

2007

161, 2-10 ; biblio. (15 ref.)

Génétique et autisme

LLORET-NICOLAS (Geneviève), LAPUYADE (S.), PHILIPPE (A.), COLLEAUX (L.), MUNNICH (A.)

Hôpital Necker enfants malades Séminaire. Actualités de la génétique en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. 2006-03-20. Paris

Nervure, journal de psychiatrie

2008

supplément, 21, 7, 15-24 ; biblio. (dissem.)

LOLO B.

Le mille-patte et l'enfant autiste.

NERVURE 2002 ; 15(6) : 14-8.

LONCAN, Anne

L'autisme dans la famille, reconnaissance mutuelle et altérité

in: AÏN, J. (dir.). - Familles : explosion ou évolution ?

Ramonville Sainte Agne, Erès, 2008, pp. 87-109

LORIN DE REURE A.

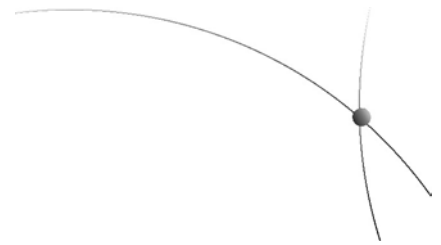
Enfants autistes en thérapie avec le poney : échelles d'évaluation et approches clinique et éthologique concernant les domaines relationnels, émotionnels et la communication.

NEUROPSYCHIATRIE DE L'ENFANCE ET DE L'ADOLESCENCE 2009 ; 57(4) : 275-86.

LOZINSKI K, GUILLE JM.

Place de l'écholalie différée dans le développement de la communication chez un enfant présentant un autisme de Kanner.

PERSPECTIVES PSY 2009 ; 48(1) : 72-83.



LUSSIER F, FLESSAS J.
Neuropsychologie de l'enfant : troubles développementaux et de l'apprentissage.
Paris : Dunod ; 2001.

MADEUF P.

Clinique de l'autisme : prise en charge des enfants autistes en hôpital de jour. Savoirs et clinique, 2009, n° 11, pp. 11-16

MAGEROTTE G, ROGE B.

Intervention précoce en autisme : un défi pour les praticiens.
EVOLUTION PSYCHIATRIQUE 2004 ; 69(4) : 579-88.

Une intervention clinique pour les personnes ayant de l'autisme : apports de l'Analyse Appliquée du Comportement (A.B.A. ou A.A.C.)

MAGEROTTE (Ghislain)

Sésame/La forteresse éclatée

2006, 2006

160, 4-7 ; biblio. (17 ref.)/68-69, 6-10 ; biblio. (17 ref.)

L'intervention éducative précoce en autisme, aujourd'hui : de la recherche aux pratiques

MAGEROTTE (G.)

ANAE, approche neuropsychologique des apprentissages chez l'enfant

2007

3, 19, 93, 184-190 : tabl., ill. ; biblio. (1 p.)

1954-2004 : 50 ans de formations spécialisées

MAGEROTTE (Ghislain, Coord.), LERCH (Dominique, Coord.), LE GUEN (Martine, Pref.), GOSSOT (Bernard, Pref.), BENOIT (Hervé), RODRIGUES (David), DE ANNA (Lucia), BJARNASON (Dora S.), VIAL (Monique), DORISON (Catherine), ELLGER-RUTTIGARDT (Sieglind), BROU SREIH (Viviane), PHILIP (Christine), BRISSET (Christine), LESAIN-DELABARRE (Jean-Marc), LESAIN-PONS (Marie-Hélène), BLOUGORN (Patrice), MAZEREAU (Philippe), GAREL (Jean-Pierre), PHILIP (André), INIZAN (André), KOUADRIA (Ali), BERTIN (Fabrice), SEKNADJE-ASKENAZI (José), SAGOT (Jack), POJE-CRETIEN (Joëlle)

CNEFEI, CRESAS, CNEFASES

CNEFEI. Colloque. 2004-10-01

La nouvelle revue de l'AIS

2004

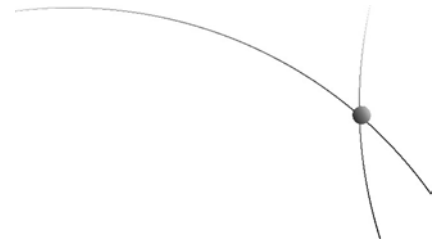
28, 3-215 : tabl., ill. ; biblio. (dissem.)

MAIKOFF C, STEFFEN P, DECOSTERD A, GUILLAUME P, GYGER PY, FREI M, et al.

Le centre de jour pour enfants au coeur des mouvements de rivalité et de partenariat : la comorbidité au coeur même du réseau partenarial.

REVUE DES HOPITAUX DE JOUR PSYCHIATRIQUES ET DES THERAPIES INSTITUTIONNELLES 2003 ; (5) : 35-44.

MALEVAL JC Dir.



L'autiste, son double et ses objets.
Rennes : Presses Universitaires de Rennes ; 2009.

MANTELLIO V.
Autisme infantile : différences entre prise en charge psychanalytique et prise en charge éducative.
SYNAPSE 2006 ; (225) : 14-8.

MAQUEDA J.
L'enfant et la gourmandise des mots : aventures orthophoniques.
Ramonville Saint-Agne : Erès ; 2001.

MARMION JF, HOCHMANN J.
Autisme : deux siècles de polémique [rencontre].
SCIENCES HUMAINES 2009 ; (206) : 24-9.

MAURER M.
Etude de l'intérêt de l'enfant atteint d'autisme pour le dauphin à partir de deux méthodologies complémentaires.
ANAE 2008 ; 20(98) : 143-5.

MAURICE C, GREEN G, LUCE SC.
Intervention behavioriste auprès des jeunes enfants autistes.
Bruxelles (Belgique) : De Boeck Université ; 2006.

MAZET P Dir., LEOVICI S Dir., GOLSE B, HAAG G, HOCHMANN J, BURSZEJN C
Autisme et psychoses de l'enfant : les points de vue actuels
Paris : Presses universitaires de France, 2008

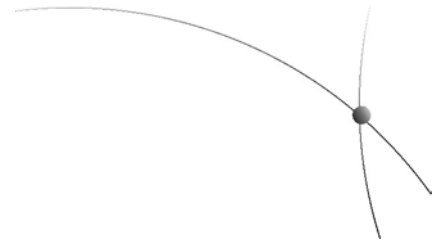
MEADEL C.
Le spectre « psy » réordonné par des parents d'enfant autiste, Politix 2006/1, n° 73, p. 57-82.

MELICH P.
Activité : 'âne' au FAM 'les Alizés' : l'âne utilisé comme lien social.
SESAME 2009 ; (172) : 25-7.

MELLIER D.
L'intégration psyché-soma et le temps de l'intrigue, ce que nous apprennent les bébés.
CHAMP PSYCHOSOMATIQUE 2003 ; (30) : 27-43.

MELTZER D
Exploration dans le monde de l'autisme
Paris : Payot, 2004

MERGER C.
Exploration des cinq sens avec les enfants autistes : approche éducative en orthophonie et mode d'entrée en relation.
Nancy : Orthophonie ; 2002.



La personne avec autisme dans la cité : développement précoce et intégration sociale
MESSERSCHMITT (P., Edit.), LAUTREY (J., Pref.), GATTEGNO (M.P.), REYNAUD (L.), STRERI (A.), BARTHELEMY (C.), ADRIEN (J.L.), BLANC (R.), THIEBAUT (E.), NADER-GROSBOIS (N.), KAYE (K.), PLUVINAGE (C.), MARTINEAU (C.), CLEMENT (M.), MACHAULT (Ch.), HIPEAU-BERGERON (C.H.), BRETIERE (M.), MALANDAIN (Ch.), BOBET (R.), BOUCHER (N.), PECHBERTY (B.), SPERANDIO (J.C.), WOLFF (M.), FERNIER (A.), GRANIER-DEFERRE (C.), COLLIGNON (C.)

Institut de psychologie, Université René Descartes, Paris 5, Cabinet de psychologie ESPAS-IDDEES. Journée scientifique, 2004-10-23

ANAE, approche neuropsychologique des apprentissages chez l'enfant
2005

17, 3-4, 83-84, 151-206 : tabl., ill. ; biblio. (dissem.)

Autisme et prise en charge des enfants autistes : construit social et mise en perspectives des pratiques

MICHEL (Andrée), PICHON (Pascale)

Groupe d'Etudes et de Recherche du Sud-Est sur la déficience mentale -GERSE, Dardilly, FRA

GERSE

Editeur Dardilly : GERSE

2003

112 p. : ill., biblio. (4 p.), annexes

MICHELON Y.

Les particularités sensorielles des personnes avec TED.

SESAME 2005 ; (156) : 5-11.

MIGUELANEZ S.

La répétition chez l'enfant autiste, métaphore d'une vie sans destin et sans histoire.

Lyon 2 : Maîtrise Psychologie ; 2005.

MINEAU S, DUQUETTE A, ELKOUBY K, JACQUES C, MENARD A, NERETTE PA, et al.

Troubles envahissants du développement : guide de stratégies psychoéducatives à l'intention des parents et des professionnels (enfants non verbaux ou avec un début d'acquisition du langage).

Québec : CHU Sainte-Justine ; 2006.

MINEAU S, DUQUETTE A, ELKOUBY K, JACQUES C, MENARD A, NERETTE PA, et al.

Troubles envahissants du développement : guide de stratégies psychoéducatives. vol. 2 : enfants verbaux.

Montréal : Editions du CHU Sainte-Justine ; 2008.

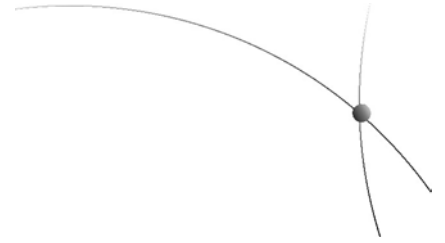
MISES, Roger

Evolution de l'autisme et des psychoses précoces à l'adolescence et à l'âge adulte

Carnet PSY, 2002, n° 76, pp. 13-15

MISES, Roger

Des révisions radicales dans le domaine de l'autisme



Information psychiatrique, 2008, vol. 84, n° 5, p. 375

MONFORT M, MONFORT JUAREZ I.
L'esprit des autres : comment le dites-vous ? : 2.
Madrid : Entha ; 2006.

MONGINOUX A.
Ethique et autisme.
SESAME 2005 ; (154) : 19-22.

MONTREYNAUD V.
Une unité d'hospitalisation à temps complet pour des enfants atteints d'autisme.
INFORMATION PSYCHIATRIQUE 2001 ; 77(6) : 556-64.

Comment associer la recherche, l'enseignement et les services à la communauté
MONTREUIL (Nicole)
Handicaps-info
2005
2, 5-24 ; biblio. (9 ref.)

MORAR T
Ma victoire sur l'autisme, ODILE JACOB Ed. 2004

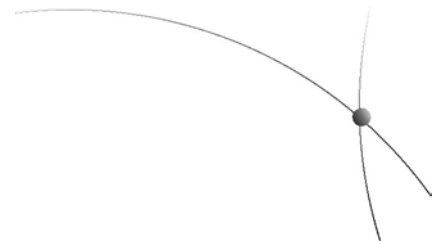
MOREL FATIO F.
Troubles autistiques et troubles envahissants du développement : la question de
l'alliance thérapeutique avec les familles d'enfants pris en charge à l'hôpital de jour,
Thèse de médecine, Université Paris 11. Faculté de médecine de Paris-Sud. Kremlin-
Bicêtre. 2007 : 103p.

Ergothérapie et autisme
MORIZE (Virginie), DECHAMBRE (Delphine), SOURD (Amélie), MARCATAND
(Sophie), RANOUX (Caroline)
Ergothérapies
2009
34, 5-49 : tabl. ; biblio. (dissem.)

MORON P, SUDRES JL, ROUX G, COLLECTIF.
Créativité et art thérapie en psychiatrie. Rapport de thérapeutique.
Paris : Masson ; 2004.

MOSCA F, GARNIER AM.
Soignants et parents d'enfants autistes : qui aide qui ?
THERAPIE FAMILIALE 2007 ; 28(4) : 503-22.

Il crie tout le temps, que faire ?
MOSSAZ (Annick)
Déclic
2002
89, 28-29 ; biblio. (3 ref.)



MOTTRON L.

L'autisme, une autre intelligence : diagnostic, cognition et support des personnes autistes sans déficience intellectuelle.

Paris/Pratiques psychologiques : Mardaga ; 2004.

MUNIER C.

Violence et autisme : intérêts et limites du soutien familial A propos d'un cas clinique.

Lyon : DES Psychiatrie ; 2002.

NADEL J.

Le futur des émotions : un nécessaire tressage des données normatives et psychopathologiques.

ENFANCE 2003 ; 55(1) : 23-32.

L'enfant, le robot et l'ordinateur

NADEL (Jacqueline, Coord.), REVEL (Arnaud, Coord.), BERTHOUZE (Luc), GOLDFIELD (Eugène C.), BLANCHARD (Arnaud J.), CANAMERO (Lola), KAPLAN (Frederik), OUDEYER (Pierre-Yves), SIMON (Maud), CANET (Pierre), SOUSSIGNAN (Robert), GAUSSIER (Philippe), ROBINS (Ben), DAUTENHAHN (Kerstin), OUDIN (Nicole), VERLAINE (Jean-Louis), JOUVENT (Roland)

Enfance

2007

1, 104 p. : tabl., ill. ; biblio. (dissem.)

NADEL J. DECETY J.

Imiter pour découvrir l'humain, Puf Ed 2002

NADEL J.

Imitation et cognition sociale dans l'autisme.

NEURO PSY NEWS 2007 ; 6(3) : 124-7.

L'autorégulation et la dysrégulation chez de jeunes enfants à autisme en situation d'évaluation développementale ?

NADER-GROSBOIS (Nathalie)

Revue francophone de la déficience intellectuelle

2006

17, 34-52 : tabl. ; biblio. (4 p.)

Les échelles d'évaluation du développement cognitif précoce : manuel illustré d'administration

NADER-GROSBOIS (Nathalie), LEPOT-FROMENT (Christiane, Pref.)

PIAGET, USGIRIS, HUNT, DUNST, LEPOT-FROMENT

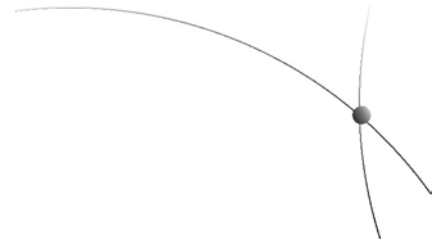
Editeur Louvain : Presses universitaires de Louvain

2008

484 p. : tabl., ill., annexes ; biblio. (dissem.)

NAKOV A.

Le soleil brisé : pièce en trois actes avec prologue et épilogue. JOURNAL DE LA PSYCHANALYSE DE L'ENFANT 2004. n° 34, 181-203 pp.



NGUYEN XUAN D, DIVOUX D.

Du cerceau au deux roues : un chemin pas forcément linéaire.

THERAPIE PSYCHOMOTRICE ET RECHERCHES 2006 ; (148) : 56-69.

ORJUBIN JM.

Un cheminement thérapeutique en psychomotricité auprès d'enfants autistes.

THERAPIE PSYCHOMOTRICE ET RECHERCHES 2003 ; (134) : 24-31.

ORTIGUES, Marie-Cécile

Les enfants psychotiques et leurs parents

in: SASSOLAS, M. (dir.). - Le théâtre du soin, ses acteurs et ses lieux

Meyzieu, Césura, 1990, pp. 15-20

ORY S.

Les liens d'attachement mère-enfant à travers le syndrome autistique : une relation dangereuse des deux côtés...

Nancy : DU Psychopathologie de l'enfant ; 2007.

LOUDIN N, REVEL A, NADEL J.

Quand une machine facilite l'écriture d'enfants non verbaux avec autisme.

ENFANCE 2007 ; 59(1) : 82-91.

OULD TALEB M.

Bilan et perspectives de la prise en charge thérapeutique des enfants et adolescents autistes au sein de l'hôpital de jour d'Alger 1997-2003.

NEUROPSYCHIATRIE DE L'ENFANCE ET DE L'ADOLESCENCE 2006 ; 54(4) : 248-56.

OUSS RYNGAERT L Dir., CLET BIETH E, DUJARDIN P, LEFEVRE M, PERISSE D.

L'enfant autiste.

Montrouge : John Libbey Eurotext ; 2008.

PAGANI M.

Les autoagrippements : à la recherche d'un 'sentiment continu d'exister' ?

THERAPIE PSYCHOMOTRICE ET RECHERCHES 2005 ; (144) : 4-53.

Troubles cognitifs et psychoses infantiles : aspects psychodynamiques des troubles cognitifs et des troubles de l'apprentissage

PALACIO ESPASA (Francisco)

Revue européenne du handicap mental

2003

25, 72-81 ; biblio. (5 ref.)

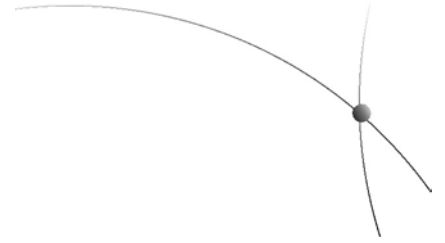
L'apprentissage d'un jeu de société chez un enfant autiste

PAQUET (Annie), FORGET (Jacques), GIROUX (Normand)

Revue francophone de la déficience intellectuelle

2004

15, 2, 201-216 : tabl., ill. ; biblio. (2 p.)



La perception du rôle de l'éducateur par les adultes significatifs lors de l'intégration scolaire d'élèves ayant un trouble envahissant du développement
PAQUET (Annie), FORGET (Jacques), GIROUX (Normand)
Revue francophone de la déficience intellectuelle
2008
19, 32-40 : tabl. ; biblio. (2 p.)

Action thérapeutique de l'accueil temporaire au C.A.L.M.E [Centre d'accueil et de loisirs médicalisé et expérimental]
PARFAITE (Christian)
Sésame, Autisme et psychoses infantiles
2005
153, 15-21 : ill.

PECH GEORGEL C Dir, GEORGE F Dir.
Approches et remédiations des dysphasies et dyslexies.
Marseille : Solal ; 2002.

PECHBERTY B.
L'intégration scolaire des enfants autistes.
ANAE 2005 ; 17(83-84) : 180-2.

PEETERS T.
L'autisme : de la compréhension à l'intervention.
Paris : Dunod ; 2008.

PELLOUX, Anne-Sylvie ; MÉRY, Alain
Regards croisés à l'hôpital de jour
Enfances et psy, 2009, n° 41, pp. 82-94

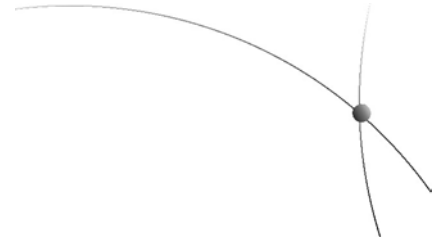
PEREZ GONZALEZ LA, WILLIAMS G.
Programme pour enfants autistes à Oviedo, Espagne. Apprendre à raisonner.
ANAE 2005 ; 17(83-84) : 223-31.

PERRET MC, KLINK L.
Perception des paramètres acoustiques de la voix et compréhension verbale chez trois enfants atteints d'autisme.
GLOSSA 2007 ; (102) : 42-50.

PERRIN, Myriam ; DRUEL-SALMANE, Gwénola
L'autisme, au pays des sciences
Cliniques méditerranéennes, 2009, n° 79, pp. 237-251

PERRON R et Coll
Psychanalystes qui êtes vous ?, INTEREDITIONS . DUNOD Ed 2006

PEUCH LESTRADE J.
Autisme et psychanalyse : pourquoi la guerre ? Topique, 2007, n° 99, pp. 17-28



Autisme et retard mental : ceux qui croyaient à l'éducation et ceux qui n'y croyaient pas...

PHILIP (Christine)

La nouvelle revue de l' AIS

2002

19, 35-51 ; biblio. (dissem.)

Vivre avec l'autisme

PHILIP (Christine)

Centre national d'études et de formation pour l'enfance inadaptée -CNEFEI, Suresnes, FRA, Ministère de l'emploi et de la solidarité, Paris, FRA, Fonds social européen, Paris, FRA

EQUAL, CNEFEI

Editeur Suresnes : CNEFEI

2004

115 p. : ill.

PHILIP C.

L'évolution des hôpitaux de jour : miroir des relations entre thérapie et pédagogie. La Nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation.. 2005 (29) : pp. 181 - 190 [10 p.]

Scolarisation des élèves en situation de handicap ou de difficultés : les partenariats de recherche et de formation de l'INS HEA

PHILIP (André, Coord.), LERCH (Dominique), GIBERT (Ernest), PALAUQUI (Michelle), LESAIN-DELABARRE (Jean-Marc), FABLET (Dominique), ELLGER-RUTTIGARDT (Siegling), SUIGNARD (Philippe), SAGOT (Jack), TERRAT (Hélène), CUXAC (Christian), VANBRUGGHE (Anne), BRIS (Michel), GAZAY-GONNET (Dominique), RODRIGUEZ (David), COUTERET (Patrice), VESSIERE (Gilles), LAVIGNE (Chantal), PHILIP (Christine), SARRALIE (Christian), VERGNAUD (Gérard), CLAUS (Philippe), BRISON (Jean-Louis), EGRON (Bruno), BRUGIERE (Martine), BENOIT (Hervé), ENNAIFAR (Mustapha), BELTRAMONE (Jean-Pierre), LAURENT-COGNET (Janine), SEKNADJE-ASKENAZI (José), ZOHRABIAN (Garine), BLOUGORN (Patrice), MAZEREAU (Philippe), GUYOT (Jean-Luc), BESSON (Pierre), BROSSIER (Dominique), PUYALET (Jacqueline), FLORY (Didier), GOHET (Patrick), GACHET (Pierre-François)

Institut national supérieur de formation et de recherche pour l'éducation des jeunes handicapés et les enseignements adaptés -INS HEA, Suresnes, FRA

INS HEA

Institut national supérieur de formation et de recherche pour l'éducation des jeunes handicapés et les enseignements adaptés -INS HEA Colloque inaugural. 2006-10-20. Suresnes

Editeur Suresnes : INS HEA

2007

217 p. : tabl., ill. ; biblio. (dissem.)

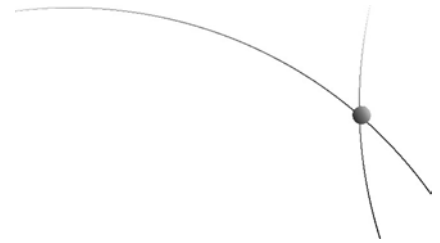
Dans quelles conditions scolariser un élève avec autisme en maternelle ?

PHILIP (Christine)

La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation

2009

46, 111-120 ; biblio. (dissem.)



Auxiliaire de vie scolaire, un nouveau métier ?

PHILIP (Christine), PHILBERT (Marie-Christine), PAUMIER (Gilles), LAGISQUET (Patrice), NUSS (Marcel), CELESTE (Bernadette), BORDEAU (Mona), BOURGET (Guillaume), WOIMANT (Agnès), WOIMANT (Patrice), DAVOUST (Séverine), TILLY (Anne-Cécile), DUFOUR (Laure), CHEVRIER (Véronique), LOUBAT (Jean-René), CAGNIONCLE (Mireille), TOULLEC-THERY (Marie), DUJARDIN (Danièle), NEDELECTROHEL (Isabelle), FERRE (François-Marie), EBERSOLD (Serge), ADRIEN (Jean-Louis)

FNASEPH

La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation

2009

45, 3-163 : tabl., ill. ; biblio. (dissem.)

Autisme et parentalité

PHILIP (Christine)

Editeur Paris : Dunod

2009

284 p. : ill. ; biblio. (8 p.)

PICCO M, CAREL A.

Evitement relationnel du nourrisson et dépistage précoce.

PSYCHIATRIE DE L'ENFANT 2002 ; 45(1) : 171-205.

"Apprendre à jouer". Un cas de psychose infantile dans le contre-transfert

PICCO (Michel)

La psychiatrie de l'enfant

2003

46, 1, 79-107 ; biblio. (12 ref.)

PINEL J., MOREL S

Psychose et institution : défenses paradoxales, anti-processualité et originaire évidé », Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe 2001/1, n° 36, p. 133-145.

PLANCHE P, LEMONNIER E, MOALIC K., LABOUS C., LAZARTIGUES A.

Les modalités du traitement de l'information chez les enfants autistes

ANNALES MEDICO-PSYCHOLOGIQUES 2002 . (160) 8 : 559-64

La difficile prise en charge de l'autisme

PLANTET (Joël), BOURGERON (Thomas), ROUFF (Katia), BELHASSEN (Marc), TOUREILLE (Pierre), BENLOULOU (Guy, Interv.)

Type de document Article de périodique

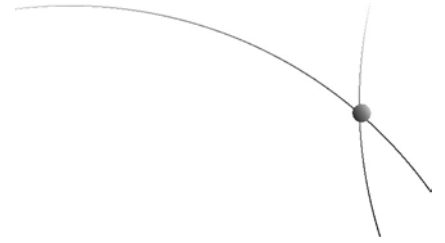
Lien social

2007

834, 8-20 : ill. ; biblio. (dissem.)

Handicapés à l'école : la révolution sans moyen

PLANTET (Joël), BRAMNIK (Régine, Interv.), BOUGEARD (Nathalie), LANGLET (Marianne)



UNION NATIONALE POUR L'AVENIR DE L'INCLUSION SCOLAIRE, SOCIALE ET EDUCATIVE, UNAISSÉ

Lien social

2008

898, 10-16 : ill.

PLUMET P.

Le nourrisson et le jeune enfant autiste dans sa relation à l'autre.

Dijon : Médecine ; 2005.

POILPREZ M.

Entretien avec une mère d'un enfant présentant des traits autistiques.

Nancy : DU Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent ; 2005.

L'inclusion scolaire des enfants autistes

POIRIER (Nathalie), PAQUET (Annie), GIROUX (Normand), FORGET (Jacques)

Revue de psychoéducation

2005

34, 2, 265-286 ; biblio. (4 p.)

POMMIER E.

Observation exploratoire, sonore et musicale, de l'enfant autiste dans l'atelier de musicothérapie.

REVUE DE MUSICOTHERAPIE 2003 ; 23(2) : 18-38.

PORTE (Elsa)

Une stratégie gestuelle pour remédier aux troubles de la communication des enfants autistes

Sésame

2000 ; 135 : 16-18

POULAIN MN.

Investir l'espace entre l'hôpital psychiatrique et le projet de vie afin de construire un projet de soin pour des P.A.H.

Rennes : Directeur d'hôpital ; 2000.

PRIETO N, FAURE P, TORRE S, PORTERET V, KOVESS V

Les structures alternatives en psychiatrie d'Ile-de-France. Annales médico-psychologiques. Volume 164, numéro 3, pages 195-200 (avril 2006)

PRIVAT (P.), BOUVET-BRUSSET (L.), CHAULET (D.), URWAND (S.), QUELIN-SOULIGOUX (D.), CHAPELLIÈRE (H.), LAURENT (P.), CHAPÉLIER (J.- B.), KLEIN (M.)

Jeu et groupes

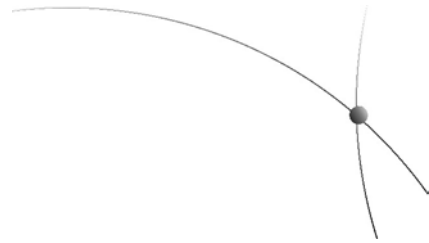
Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence 2004 ; (52) 4 ; 225-258

Un moyen de favoriser l'insertion sociale : le groupe de jeu intégré

PRUD'HOMME (Marie-Hélène), GOUPIL (Georgette)

Handicap, revue de sciences humaines et sociales

90, 29-45 : tabl. ; biblio. (3 p.)



RABAIN LÉBOVICI, Marianne

Observation et commentaires

in: KESTEMBERG, E. ; COVELLO, L. ; FREJAVILLE, A. - Autrement vu : des psychanalystes observent les relations mère-enfant
Paris, Presses Universitaires de France, 1981, pp. 55-88

RABIH M, ROTH EM, GANGLOFF V.

Psychose, institution, unités pour malades difficiles : à propos de l'institution de conseils de patients

in: DELION, Pierre (dir.). - L'autisme et la psychose à travers les âges de la vie : l'enfant, l'adolescent, l'adulte Ramonville Sainte Agne, Erès, 2000, pp. 207-214

RAFFIN C.

La violence qui se cache derrière le problème de l'autisme.

THERAPIE FAMILIALE 2001 ; (1) : 21-38.

Les enfants atteints d'autisme accueillis à l'école : plus de 20 ans d'expérience

RAMOS (O.), MULLER (G.), NGO (E.), VRILLONNEAU (P.), BEAUFILS (S.), CHARLES (F.), RONCIER-LEMÉE (F.), MOTET-FEVRE (A.), PETIT (C.)

ASSOCIATION DE PARENTS ET PROFESSIONNELS POUR L'ÉDUCATION, LE DÉVELOPPEMENT ET L'INTEGRATION DES AUTISTES ET APPARENTES, APPEDIA

ANAE, approche neuropsychologique des apprentissages chez l'enfant
2008

99, 256-260 ; biblio. (15 ref.)

RAOULT PA.

La désespérance parentale aux prises avec la violence de la pathologie : le suivi psychologique Perspectives psychiatriques, 2005, vol. 44, n° 1, pp. 57-66

Entrer en société : de la famille à l'école

RAPOPORT (Danielle), LEVIN-PADDEU (Rama), BOISSEL (Anne), PASCUAL BOUYS (Olivia), PELLETAN (Colette), FRICHET (Anne), SARFATY (Nathalie), GOLSE (Bernard), RASSE (Miriam), VAMOS (Julianna), HERROU (Cécile), BOUTIN (Michel), CUNY (Francine), BOUTRUCHE (Chantal), BRUNCHER (Sylvie), DAMIAN (Bernadette), HERVE (Sophie), POUCHET (Madeleine), THOMAS (Laurent), TURAUD (François), CASANOVA (Alain)

Contraste, Revue de l'ANECAMSP

2009

30, 7-211, 341 p. : ill. ; biblio. (dissem.)

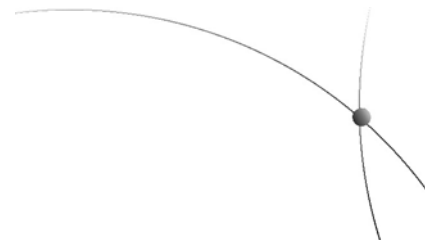
Handicaps : entre discrimination et intégration

RAUCH (André, Dir.), WEIGAND (Zina), HUGOUNENQ (Hélène), GRIM (Olivier R.), CHAMAK (Brigitte), EIDELIMAN (Jean-Sébastien), LERCH (Dominique), LOTTE (Lynda), SERAPHIN (Gilles), STIKER (Henri-Jacques)

HUSSON (Thérèse-Adèle)

Ethnologie française

2009



numéro isolé, 39, 3, 389-470 : ill., tabl. ; biblio. (dissem.)

Les besoins éducatifs particuliers

RAULT (Claudie, Dir.), SAGOT (Jack, Dir.), ARMSTRONG (Felicity), DI DUCA (M.), ROSSINI (Valeria), NILHOLM (Claes), HAKANSON (Christer), DA COSTA FERREIRA (Henrique), GARCIA (Molina), HAUSOTTER (Anette), AINSCOW (Mel), ROZEK (M.), DEMARCO (I.), BENOIT (Hervé), BESSIS (R.), FAYET (J.), PROUCHET (M.), SOHIER (M.), SAGOT (Jack), TERRAT (Hélène), COSNARD (Brigitte), CROISY (Jean-Pierre), JOLLEC (Marie-Paule)

La nouvelle revue de l'AIS

2003

22, 5-126 : tabl., ill. ; biblio. (dissem.)

Analyser l'activité d'un éducateur spécialisé face à des enfants autistes en situation d'apprentissage

RETAILLEAU (Brigitte)

La nouvelle revue de l'AIS

2005

30, 89-101: biblio. (2 p.)

L'accompagnement de la personne autiste en France

REVERTE (Karine, Coord.), DUPUY (Claire)

Comité national de coordination de l'action en faveur des personnes handicapées - CCAH, Paris, FRA

CCAH

2009

15 p. : tabl., ill. ; biblio. (dissem.)

REY FLAUD H.

L'enfant qui s'est arrêté au seuil du langage : comprendre l'autisme.

Paris : Aubier ; 2008.

REYNAUD M, ZAFIROPOULOS M, MAZET P.

Philippe Mazet [entretien].

SYNAPSE 2005 ; (220) : 7-16.

REZETTE S.

L'humour de l'autiste.

ADOLESCENCE 2009 ; 27(67-1) : 167-75.

RHODE, Maria

L'évaluation d'enfants souffrant de troubles de la communication

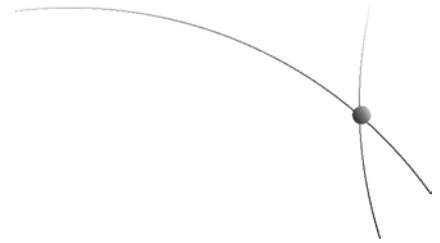
in: QUAGLIATA, E. & RUSTIN, M. (dir.). -Le processus d'évaluation dans la psychothérapie d'enfants

Larmor-Plage (Morbihan), Ed. du Hublot, 2004, pp. 37-57

RIBAS D.

A l'aube de l'organisation psychique : théorisations de ses pathologies.

INFORMATION PSYCHIATRIQUE 2000 ; 76(4) : 445-50.



RIBAS, Denys

L'infantile, l'autisme et le psychodrame
Psychodrame analytique, 2002, colloque 5 octobre, pp. 67-73

RIBAS D

Controverses sur l'autisme et témoignages, Puf 2004

RIBAS, Denys

Autisme et somatisation : quelques aperçus cliniques
Revue française de psychosomatique, 2005, n° 27, pp. 101-107

RIBAS D.

Institution thérapeutique, sclérose des institutions : quels destins pulsionnels ? Un désaccord avec Benno Rosenberg. REVUE FRANCAISE DE PSYCHANALYSE 2006 ; LXX(4) : 1109-23.

RIBAS, Denys

Destructivité et désintrinsication pulsionnelle
in: PERARD CUPA, D. (dir.). - Psychanalyse de la destructivité
Paris, E.D.K., 2006, pp. 17-26

Les groupes de jeux intégrés destinés aux enfants ayant un trouble envahissant du développement : modalités de participation et perceptions des pairs de classes ordinaires

RICHARD (Véronique), GOUPIL (Georgette)

Revue de psychoéducation

2007

36, 1, 109-127 : tabl. ; biblio. (2 p.)

Etude différentielle du niveau de développement de la théorie de l'esprit d'enfants atteints d'un trouble envahissant du développement

RICHARD (F.), DEGENNE (C.), LEDUC-DESTRIBATS (S.), ADRIEN (J.L.)

ANAE, approche neuropsychologique des apprentissages chez l'enfant

2007

18, 5, 90, 311-323 : tabl., ill. ; biblio. (dissem.)

RIVOAL A, RAIMBAULT E, ALOPEAU F, CHUPIN PN.

L'ordinaire aventure d'un explorateur singulier.

SOINS PSYCHIATRIE 2006 ; (245) : 25-9.

ROBIN A, DELION P.

Avoir trente ans et être autiste.

Lille : Encre Vive ; 2006.

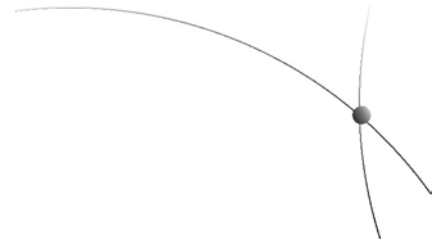
ROBY (Geneviève), GOUPIL (Georgette)

L'enseignement des habilités de conversation chez les enfants autistes

Revue francophone de la déficience intellectuelle

2004 : (15) 2 ; 187-200

ROGE B, CHOSSY JF Préf.



Autisme , comprendre et agir.
Paris : Dunod ; 2003.

ROGE B Dir., BARTHELEMY C Dir., MAGEROTTE G Dir.
Améliorer la qualité de vie des personnes autistes : problématiques, méthodes, outils.
Paris : Dunod ; 2008.

ROGE B, CHABROL H, UNSALDI I.
Le dépistage précoce de l'autisme : quelle faisabilité ?
ENFANCE 2009 ; 61(1) : 27-40.

ROGERS S, NADEL J Trad.
Que nous apprennent les petits frères et soeurs sur les signes précoces d'autisme ?
ENFANCE 2009 ; 61(1) : 43-54.

ROGUES FURSAC J de, MINKOWSKI E.
Contribution à l'étude de la pensée et de l'attitude autiste (Le rationalisme morbide).
ENCEPHALE 2001 ; 27(1 HS) : 73-84.

ROHDE K.
L'enfant hérisson : autobiographie d'une autiste suivi de Métamorphoses.
Paris : Imago ; 2006.

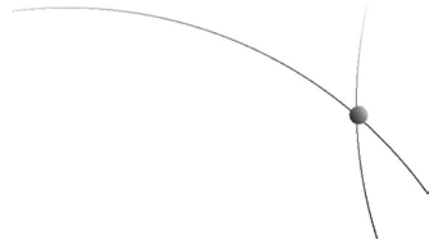
RONDAL JA Dir., SERON X Dir.
Troubles du langage : bases théoriques, diagnostic et rééducation.
Bruxelles : Mardaga ; 2000.

RONDAL JA, COMBLAIN A.
Manuel de psychologie des handicaps : sémiologie et principes de remédiation.
Sprimont : Mardaga ; 2001.

Jardin d'enfants thérapeutique
ROUFF (Katia)
Lien social
2009
920, 18-19 : ill.

[Autisme et communication]
ROUSSEAU (Thierry), CUNY (Francine), GASSER (Françoise), DENNI(KRICHEL
(Nicole), ANGELMANN (Christiane), BROUSSE (Chantal), DANSART (Pascale)
Glossa
2000
70, 47 p. : tabl. ; biblio. (dissem.)

ROUSSEAU T, THIBAUT C, LELOUP G, LANGEL C, PERSONNAZ B, COQUET F,
et al.
Les approches thérapeutiques en orthophonie. Tome 1 : prise en charge
orthophonique des troubles du langage oral.
Isbergues : Ortho Edition ; 2004.



Comportements des élèves de classes ordinaires dans des groupes de jeux intégrés avec des enfants ayant un trouble envahissant du développement

ROUSSEAU (V.), RICHARD (V.), GOUPIL (G.), ACHIM (A.)
WOLFBURG, SCHULER

Revue de psychoéducation

2009

38, 1, 1-14 : tabl. ; biblio. (2 p.)

Un espace de vie pour autistes

ROUX (Florence)

Etre

2003

65, 22-23

ROVIRA K, BLOMME E, BRUN P.

Les stratégies de catégorisation d'objets et d'expressions émotionnelles chez l'enfant atteint d'autisme.

ANAE 2005 ; 17(81) : 60-5.

SAKOYAN, Juliette

Approche anthropologique de la représentation de l'autisme en situation migratoire : les mères d'origine comorienne confrontées à l'autisme

Information psychiatrique, 2005, vol. 81, n° 4, pp. 325-332

De groupes en groupes

SALBREUX (Roger, Pref.), PRIVAT (Pierre), QUELIN-SOULIGOUX (Dominique), SIKSOU (Joyceline), URWAND (Simone), BOISSEL (Anne), FUET (Fabienne), GAIE (Bruno), GUEZ (Diana), DEPORTE (Annie), LOUIS (Marie-Agnès), ROSSIGNOL (Isabelle), BRAULT (Françoise), TREUSSARD (Françoise), BERTIN (Joëlle), CARPENTIER (Martine), VICIANA (Henry), HERLEDAN (Gilles), HERVE (Valérie), RAOULT (Gwénola), FERCHAUD (Anne-Chantal), VOISIN-BREUIL (Christine), GRANGE (Catherine), MIRASSOU (Anne), PERSONNAZ (Brigitte), CLOUET (Anne-Marie), GUINOT (Michèle), BARBIER (Isabelle)

Contraste

2003

19, 5-215 ; biblio. (dissem.)

SALEH D, GAYDA M.

Aller vers la vie (film).

ANNALES MEDICO PSYCHOLOGIQUES 2002 ; 160(7) : 527-9.

SALOME E.

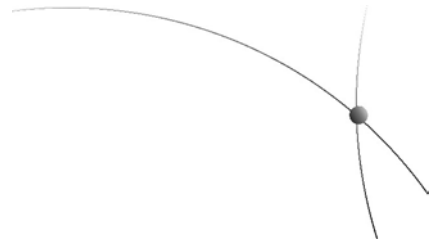
Le loup dans la bergerie : de l'articulation entre l'éducation et les soins aux autistes.
NEUROPSYCHIATRIE DE L'ENFANCE ET DE L'ADOLESCENCE 2001 ; 49(1)

SAMYN I.

La question des autismes : l'autisme, syndrome ou symptôme ?

Lyon : Psychologie ; 2005.

SANCERY C.



Du temps détente au groupe musique : place d'une recherche dans l'accueil thérapeutique d'enfants autistes [dossier].

REVUE DE MUSICOTHERAPIE 2007 ; 27(4) : 4-105.

SARFATY (Nathalie), MARGARET KATE TONY, MAKATON

Programme MAKATON : expérience motivante dans une institution

Sésame

2002 : (142) ; 6-10

L'apport thérapeutique d'un atelier conté dans le traitement des enfants de 5-10 ans

SARRIS (Dimitrios)

Revue européenne du handicap mental

2003

26, 39-60 : tabl., ill. ; biblio. (56 ref.)

Handicap : l'éthique dans les pratiques cliniques

SCELLES (RéGINE, Dir.), CICCONE (Albert), KORFF-SAUSSE (Simone), MISSONNIER (Sylvain), SALBREUX (Roger), HIRSH (Emmanuel, Postf.), ANCET (Pierre), BRUN (Anne), CABASSUT (Jacques), COHIER RAHBAN (Véronique), DURIF-VAREMBONT (Jean-Pierre), LHEUREUX-DAVIDSE (Chantal), PAGANI (Silvia), PAUTREL (Véronique), ROMANO (Hélène), SAULUS (Georges), TESIO (Elio), VAGINAY (Denis)

Séminaire interuniversitaire sur la clinique du handicap -SICHLA 2. 2007-10. Nanterre Editeur Ramonville Saint-Agne : Editions Erès

2008

293 p. ; biblio. (12 p. + dissem.)

SCHMITT O.

Evolution instructive d'un autisme secondaire chez un enfant de 18 mois.

PSYCHIATRIES 2005 ; (144) : 267-70.

SCHMITZ C.

Une atteinte des fonctions d'anticipation et de coordination chez l'enfant autiste.

EVOLUTIONS PSYCHOMOTRICES 2000 ; (49) : 121-6.

L'approche TEACCH. Sur les problèmes de comportement des personnes autistes

SHEA (Victoria), MARQUINEZ (Isabelle, Trad.)

La forteresse éclatée

2003

55-56, n° double, 3-6

SCHOPLER E, LANSING M, HEMPTINNE MD de Trad., WATERS L.

Activités d'enseignement pour enfants autistes.

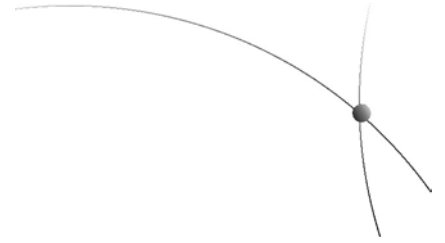
Paris : Masson ; 2001.

SCHOPLER E, REICHLER RJ, MILCENT C Trad., COLLECTIF.

Stratégies éducatives de l'autisme et des autres troubles du développement.

Paris : Masson ; 2002.

SIGMAN M, CAPPS L, SOARES BOUCAUD I.



L'enfant autiste et son développement.
Paris : Retz ; 2001.

SILVE, Christine ; MARGAILLAN, Corinne
Atelier conte en hôpital de jour pour enfants
Revue de Psychothérapie Psychanalytique de Groupe, 2004, n° 41, pp. 151-160

SIMON M, CANET P, SOUSSIGNAN R, GAUSSIER P, NADEL J.
L'enfant face à des expressions robotiques et humaines.
ENFANCE 2007 ; 59(1) : 59-70.

SOUBEYRAND E, XAVIER J, GUILLE JM.
Quand le langage émerge... Partie 2, Travail orthophonique auprès d'enfants à risque
autistique en très petit groupe.
PERSPECTIVES PSY 2007 ; 46(3) : 283-92.

SOURD A.
Autisme et Ergothérapie : une expérience en SESSAD spécialisé.
ERGOTHERAPIES 2009 ; (34) : 23-30.

STEFANI JC.
Engagement de la cure d'un enfant psychotique en institution : réflexions cliniques.
JOURNAL FRANCAIS DE PSYCHIATRIE 2006. n° 25, 57-60 pp.

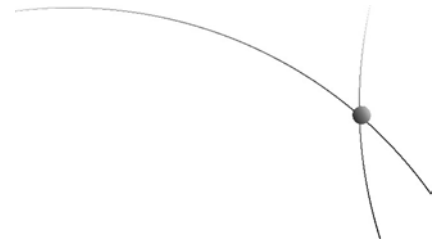
STERNIS C.
Médiations thérapeutiques avec des enfants autistes : psychothérapie et/ou lien social.
REVUE FRANCAISE DE PSYCHIATRIE ET DE PSYCHOLOGIE MEDICALE 2001. n°
50, 32-39 pp.

STERNIS C.
Des ateliers à médiation pour les enfants autistes. JOURNAL DES PSYCHOLOGUES
2004. n° 216, 55-60 pp.

SULLIVAN, Pierre
Les psychoses
in: MARTY, F. (dir.). - Les grands concepts de la psychologie clinique
Paris, Dunod, 2008, pp. 211-228

THEVENOT JP.
L'accès aux soins institutionnels des enfants autistes : l'approche épidémiologique
d'une situation pénurique. CARNET PSY 2002. n° 76, 31-32 pp.

THEVENOT JP, PHILIPPE A, CASADEBAIG F.
Suivie d'une cohorte d'enfants porteurs de troubles autistiques et apparentés en Ile de
France de 2002 à 2007 : document et synthèse à un an d'enquête.. POUR LA
RECHERCHE 2006. n° 4, 6-8 pp.



THIEBLEMONT-DOLLET (Sylvie, Dir.), LAROQUE (Geneviève, Pref.), MOREL-JEAN (Laurent), GABLE (Martine), MARTINET (Monique), NGAWA (Magali), PISTER (Marie-Céline), ZUSSY-CAZEAUX (Violaine), DIDIER (Annie), ECHENBRENNER (Jérôme), FAFIN (Patricia), FINCK (Caroline), REMONT (Marie), SOW (Demba), DERNY (Isabelle), GEINDRE (Michèle), MANCIAUX (Michel), GILGENKRANTZ (Simone), MIDELET (Cécile), DOLLET (Jean-Marc)

Regards et communication auprès des personnes atteintes de handicaps
Bordeaux : Les Etudes hospitalières 2007 : 130

THOMAS C, CREUPELAND JC.
Un accompagnement au quotidien.
SESAME 2003 ; (146) : 9-13.

THOMAS MC.
Autisme, totale langueur.
JOURNAL FRANCAIS DE PSYCHIATRIE 2006 ; (25) : 11-4.

TISON, Camille ; TOSATTO, Christian ; PORTRAIT, Gilles
Comment les enfants psychotiques apprennent-ils à lire?
in: DELION, Pierre (dir.). - L'autisme et la psychose à travers les âges de la vie : l'enfant, l'adolescent, l'adulte
Ramonville Sainte Agne, Erès, 2000, pp. 159-174

TORDJMAN, Sylvie
Les instruments d'évaluation de l'autisme : intérêts et limites
Psychiatrie de l'enfant, 2002, vol. 45, n° 2, pp. 533-558

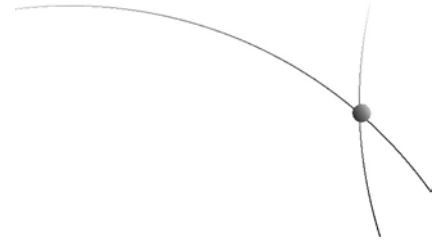
TORDJMAN M, HAAG G.
Interview de Geneviève Haag.
THERAPIE PSYCHOMOTRICE ET RECHERCHES 2003 ; (134) : 10-22.

TORDJMAN S.
Des résultats de l'imagerie cérébrale dans l'autisme et leur interprétation.
CARNET PSY 2005 ; (97) : 24-6.

TORDJMAN, Sylvie ; COHEN, David ; GOLSE, Bernard
Les investigations cliniques et biologiques : au service du soin et des personnes présentant un syndrome autistique ?
Psychiatrie de l'enfant, 2005, vol. 48, n° 1, pp. 199-244

TORDJMAN, Sylvie
Actualité de l'autisme : des résultats de l'imagerie cérébrale dans l'autisme à leur interprétation
Carnet PSY, 2005, n° 97, pp. 24-26

TORDJMAN S.
D'une approche nosographique catégorielle à une approche dimensionnelle des troubles mentaux : intérêt de la différenciation sexuelle.
ENCEPHALE 2006 ; 32(6 cahier 1) : 988-94.



TORDJMAN S, MAILHES AS.

Les troubles du développement de l'image du corps dans la petite enfance : une dimension commune partagée par la schizophrénie et l'autisme ?

NEUROPSYCHIATRIE DE L'ENFANCE ET DE L'ADOLESCENCE 2009 ; 57(1) : 6-13.

TOUATI Bernard Dir., JOLY Fabien Dir., LAZNIK Marie Christine Dir., ALVAREZ Anne Collab., CABASSU CRESPIEN Graciela Collab., DANON BOILEAU Laurent Collab., et al.

Langage, voix et parole dans l'autisme.

Paris : Presses universitaires de France ; 2007.

TOUQUETTE G.

Chronique hospitalière d'un autisme ordinaire : Sophie, Tintin, les autres et moi.

Paris : Harmattan ; 2006.

TOURRETTE C.

Evaluer les enfants avec déficiences ou troubles du développement : déficiences motrices, sensorielles ou mentales : troubles autistiques et troubles des apprentissages : test, échelles, épreuves.

Paris : Dunod ; 2006.

Les troubles du comportement associés à l'autisme et aux autres handicaps mentaux

TREHIN (Paul), LAXER (Gloria), ROGE (Bernadette, Prof.)

Mouans Sartoux : A.F.D 2008 :136

TREVARTHEN C, AITKEN KJ.

Intersubjectivité chez le nourrisson : recherche, théorie et application clinique.

DEVENIR 2003 ; 15(4) : 309-428.

Autisme, motivation en résonance et musicothérapie

TREVARTHEN (C.)

Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence

2005

53, 1-2, 46-53 ; biblio. (68 ref.)

TUSTIN F, CLER C Trad., DAVIDOVICI M Trad.

Les états autistiques chez l'enfant.

Paris : Seuil ; 2003.

TUSTIN, Frances ; HOUZEL, Didier (trad.)

Validations des découvertes sur l'autisme

in: GEISSMANN, C. (dir.) ; HOUZEL, D. (dir.). - Psychothérapies de l'enfant et de l'adolescent

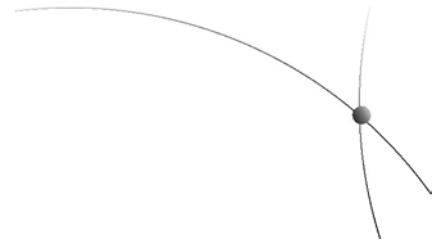
Paris, Bayard, 2003, pp. 967-982

TUSTIN F.

Le stade autistique primaire de l'enfant : une erreur qui a fait long feu.

JOURNAL DE LA PSYCHANALYSE DE L'ENFANT 2006 ; (38) : 115-37.

TUSTIN F.



Améliorer les états autistiques . Quelques considérations importantes.
JOURNAL DE LA PSYCHANALYSE DE L'ENFANT 2006 ; (38) : 93-113.

TUSTIN F.

Développement de la compréhension. Itinéraire personnel.
JOURNAL DE LA PSYCHANALYSE DE L'ENFANT 2006 ; (38) : 75-92.

UNIVERSITE RENE DESCARTES INSTITUT DE PSYCHOLOGIE.

La personne avec autisme dans la Cité : développement précoce et intégration sociales [dossier].
ANAE 2005 ; 17(83-84) : 151-206.

UNIVERSITE RENE DESCARTES INSTITUT DE PSYCHOLOGIE.

L'éducation de personnes avec autisme : contribution de l'analyse appliquée du comportement (ABA) [dossier].
ANAE 2005 ; 17(83-84) : 207-44.

URWAND S.

Quelques jours dans la vie d'une institution d'enfants autistes, psychotiques, déficitaires : entre dépendance et solitude.
REVUE DE PSYCHOTHERAPIE PSYCHANALYTIQUE DE GROUPE 2006 ; (47) : 49-62.

URWAND, Simone

Un groupe pour des enfants autistes et psychotiques
Revue de Psychothérapie Psychanalytique de Groupe, 2008, n° 50, pp. 57-72

VALET G.

Prise en charge ambulatoire de l'autisme infantile : efficacité thérapeutique de l'alliance entre la famille, les soignants et l'école.
NERVURE 2001 ; 14(4) : 29-34.

VAN DER GAAG RJ.

Double diagnostic. Quel rôle pour les troubles du comportement ?
ANAE 2006 ; 18(86) : 11-6.

VERMEULEN P, ROGE B.

Comment pense une personne autiste ?
Paris : Dunod ; 2005.

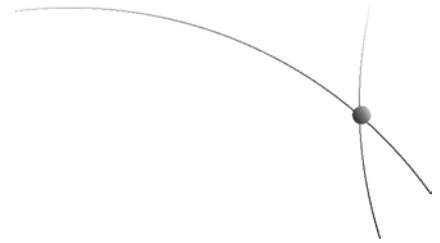
VERMEULEN P, DE MONTIS W trad.

Autisme et émotions.
Bruxelles : De Boeck ; 2009.

VIDAL JM.

Des dérives scientifiques en dérives médiatiques ! (A propos de 'l'anomalie cérébrale qui empêcherait les autistes d'identifier la voix humaine').
CARNET PSY 2005 ; (97) : 26-7.

VIDAL, Jean-Marie



La spécificité symbolique du psychisme humain et la "désymbolisation" autistique
Carnet PSY, 2009, n° 139, pp. 40-46

Autisme, comment l'accompagner ?

VIGNEAU (Jean-Louis), GORIC'H (Alain), COUËDEL-VAN MAANEN (Dorothee),
VALETTE (Aude)

La revue de l'APAJH

2007

96, 22-32 : ill.

VIRET S.

L'indispensable mais délicate place d'une école dans un hôpital de jour pour enfants.
Besançon : DESC Psychiatrie ; 2002.

VIROLE B, BUFNOIR J.

Utilisation de la langue des signes avec des enfants autistes.

PERSPECTIVES PSY 2006 ; 45(3) : 236-42.

VUAILLAT S

L'enfant autiste et ses parents : un exemple de travail au sein d'un CATTP petits

PERSPECTIVES PSY 2007 ; (46) 3 : 256-66

WACONGNE SPEER S.

RDI : une approche pour remédier aux difficultés socio-émotionnelles des personnes
autistes.

SESAME 2006 ; (158) : 13-9.

Autisme : un directeur d'IME, un médecin, des instituteurs, un parent d'enfant apportent
leurs témoignages

WELNIARZ (Bertrand), VALENT (Edith), MONBRISON (Lionel)

Mouv'ANCE

2003

118, 6-12 : ill. ; biblio. (dissem.)

WILLAYE E, DEPREZ M, DESCAMPS M, NINFORGE C.

Evaluation des compétences fonctionnelles pour l'intervention auprès d'adolescents et
d'adultes ayant de l'autisme et/ou un handicap mental sévère : version 2. 0.

MONS : Service Universitaire Spécialisé pour personnes avec Autisme ; 2005.

WILLAYE E, BLONDIAU MF, BOUCHEZ MH, CATHERINE S, DESCAMPS M, GLACE
A, et al.

Manuel à l'intention des parents ayant un enfant présentant de l'autisme.

Mouans Sartoux : Autisme France Diffusion ; 2007.

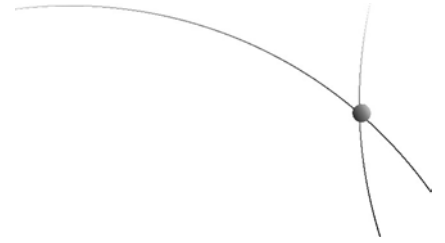
WINTGENS A, HAYEZ JY.

Guidance psychopédagogique des parents d'enfants atteints d'autisme.

PSYCHIATRIE DE L'ENFANT 2006 ; XLIX(1) : 207-26.

WINTGENS A.

Le vécu des parents et des fratries d'enfants avec autisme.



ANAE 2008 ; 20(100) : 317-22.

Un modèle des accompagnants de personnes avec autisme : pour la valorisation de la profession

WOLFF (Marion), GATTEGNO (Maria Pilar), ADRIEN (Jean-Louis)

Handicap, Revue de sciences humaines et sociales

2005

105-106, 51-69 : tabl., ill. ; biblio. (2 p.)

WOJAKOWSKI M.

Accordages et désaccordages dans les représentations à la crèche.

SPIRALE 2007 ; (44) : 117-22.

L'accompagnement de personnes autistes : un vrai nouveau métier

WOLFF (M.)

Institut de psychologie, Université René Descartes, Paris 5, Cabinet de psychologie ESPAS-IDDEES. Journée scientifique, 2004-10-23

ANAE, approche neuropsychologique des apprentissages chez l'enfant

2005

17, 3-4, 83-84, 193-195 : ill. ; biblio. (14 ref.)

ZAKIAN A, MALVY J, DESOMBRE H, ROUX S, LENOIR P.

Signes précoces de l'autisme et films familiaux : une nouvelle étude par cotuteurs informés et non informés du diagnostic.

ENCEPHALE 2000 ; 26(2) : 38-44.

Les bases de données interrogées sont : SUDOC / SantéPsy / BSF / Psychinfo / Francis / Saphir/ BDSP/ EMC Consulte.

Les références sont laissées dans le format des bases interrogées.