



**Université Lille 2**  
**Droit et Santé**



**Institut d'Orthophonie**  
**Gabriel DECROIX**

# **MEMOIRE**

En vue de l'obtention du  
Certificat de Capacité d'Orthophonie  
présenté par :

**Marie TABAUD**

soutenu publiquement en juin 2011 :

**Etat des lieux de la prise en charge  
orthophonique des enfants porteurs de traits  
autistiques, dans les centres médico-  
psychologiques et hôpitaux de jour de la  
Métropole lilloise.**

MEMOIRE dirigé par :

**LORENDEAU Anne**, Orthophoniste à l'ITEP de Croix (59)

**Lille – 2011**

à Théo, Marie, Aleyna, Hugo, Alexandre, Floriant, Adel et Lilas-Rose

## Remerciements

Je tiens à remercier sincèrement les orthophonistes des CMP et hôpitaux de jour de la Métropole lilloise que j'ai pu rencontrer et qui ont participé à l'élaboration de cet état des lieux, Anne Lorendeau, orthophoniste et maître de mémoire qui m'a permis de rencontrer toutes ces personnes et de réaliser mon mémoire.

Je remercie ma famille pour leurs précieux encouragements tout au long de ces quatre années d'études et Rémi, pour son soutien infailible...

**Résumé :**

Actuellement, l'autisme occupe le devant de la scène nationale grâce la succession de deux plans de financement pour la recherche et le développement de structures spécialisées, dont l'un est en cours, et l'action toujours importante des associations de parents. Dans ce contexte, nous souhaitons apporter notre contribution aux orthophonistes et au Centre Ressources Autismes Nord-Pas-de-Calais. Nous avons choisi de dresser un état des lieux des différents courants théoriques de prise en charge de l'autisme ainsi que de la prise en charge orthophonique des enfants porteurs de traits autistiques, au sein de la Métropole lilloise. Cette deuxième partie de notre enquête s'articule autour de deux types d'établissements: les centres médico-psychologiques (CMP) et les hôpitaux de jour (HJ). Les objectifs de notre enquête sont de comprendre et de mettre au jour les conditions pratiques et les apports théoriques à partir desquels les enfants autistes de la Métropole sont pris en charge en CMP et HJ, ainsi que de mettre en évidence une éventuelle demande de formation de la part des orthophonistes concernés. Notre démarche a été menée à bien à l'aide d'un questionnaire à destination des orthophonistes exerçant dans les structures cibles, ainsi que de la réalisation d'interviews et de notre participation active à une des réunions intersectorielles de psychiatrie infanto-juvénile de la Métropole. Au terme de nos recherches, cet état des lieux révèle la position des CMP et HJ vis-à-vis des diverses pratiques de rééducation dans le domaine de l'autisme et met en évidence une réelle demande de formation de la part des orthophonistes concernés.

**Mots-clés :**

autisme, hôpital de jour, centre médico-psychologique, orthophonie, Métropole lilloise, prise en charge.

**Abstract :**

Today, autism is in the forefront, in France, thanks to the succession of two financing plans for research and development of specialised structures, and thanks to the action and willingness of parents' associations. In this context, we wanted to make a contribution to the work of the speech therapists and the information centres on Autism in Nord-Pas-de-Calais. We have chosen to compile an inventory of the different theories of care for autism, and care of autistic children supported by speech therapists in Lille. This second part of our investigation is based on two categories of establishments: medical and psychological centres (Centres médico-psychologiques, CMP) and day hospitals. The objectives of our investigation are to understand and to update the practical and theoretical means by which autistic children are supported in CMP and day hospitals, as well as to emphasize any need for training from the speech therapists concerned. Our initiative has been conducted using a questionnaire intended for speech therapists working in CMP and open day hospitals, as well as conducting interviews and participating to intersectoral meetings on child psychiatry. Finally, our investigation reveals the position of CMP and day hospitals in relation to different rehabilitation practices in the field of autism and emphasizes a real need for training from the speech therapist concerned.

**Keywords :**

autism, day hospital, medical and psychological centre, speech therapy, Lille, care

## Table des matières

<b>Introduction.....</b>	<b>9</b>
<b>Contexte théorique.....</b>	<b>11</b>
<b>1.Définitions.....</b>	<b>12</b>
1.1.Définition générale de l'autisme.....	12
1.1.1.Les anomalies qualitatives de l'interaction sociale.....	12
1.1.2.Les anomalies qualitatives dans la communication.....	13
1.1.3.Les intérêts restreints, comportements et activités répétitifs et stéréotypés .....	15
1.2.Tableau récapitulatif.....	16
<b>2.Les différents modèles théoriques de prise en charge des enfants porteurs de troubles autistiques.....</b>	<b>17</b>
2.1.Courant éducatif.....	18
2.1.1.Les thérapies comportementales.....	19
2.1.1.1.Présentation.....	19
2.1.1.2.Fondements théoriques.....	20
2.1.1.2.1.Modèle comportemental .....	20
2.1.1.2.2.Modèle néo-comportemental .....	21
2.1.1.3.Applied Behavioral Analysis (ABA).....	22
2.1.2.Les thérapies développementales.....	23
2.1.2.1.Présentation.....	23
2.1.2.2.Courant cognitiviste.....	24
2.1.2.3. Méthode TEACCH.....	24
2.2.Courant psychodynamique.....	25
2.2.1.Les thérapies institutionnelles.....	27
2.2.1.1.Présentation.....	27
2.2.1.2.Fondements théoriques.....	29
2.2.2.Les psychothérapies institutionnelles ou psychothérapies psychanalytiques.....	31
2.2.2.1.Présentation.....	31
2.2.2.2.Fondements théoriques.....	32
2.2.3.Les Jardins d'Enfants Thérapeutiques (JET).....	33
2.2.3.1.Présentation.....	33
2.2.3.2.Fondements théoriques.....	34
2.3.Courant intégratif.....	34
2.3.1.La Thérapie d'Echange et de Développement (TED).....	34
2.3.1.1.Présentation.....	34
2.3.1.2.Fondements théoriques.....	35
2.4.Tableau récapitulatif des différents courants théoriques de prise en charge des enfants porteurs de troubles autistiques.....	36
<b>3.Histoire de la pédopsychiatrie.....</b>	<b>37</b>
3.1.La pédopsychiatrie d'hier à aujourd'hui.....	37
3.1.1.L'enfant.....	37
3.1.2.Naissance de la pédopsychiatrie.....	37
3.2.L'hôpital de jour (HJ).....	39
3.2.1.Un peu d'histoire.....	39
3.2.2.Le cadre législatif.....	41
3.2.3.L'hôpital de jour pour enfants, aujourd'hui.....	43

3.3.Les Centres Médico-Psychologiques (CMP).....	45
3.3.1.Un peu d'histoire.....	45
3.3.2.Cadre législatif.....	46
3.3.3.Les CMP aujourd'hui.....	47
<b>4.Conclusion.....</b>	<b>48</b>
.....	49
<b>Sujets et méthodes.....</b>	<b>49</b>
<b>1. Réalisation de l'enquête.....</b>	<b>50</b>
1.1. Objectifs.....	50
2.1. Moyens.....	50
2.1.1 Élaboration du questionnaire.....	51
2.1.2. Distribution des questionnaires.....	53
2.1.3. Retour des questionnaires.....	53
2.1.4. Préparation de la réunion intersectorielle.....	54
2.1.5. Déroulement de la réunion.....	54
2.1.6. Retours sur la réunion.....	55
2.1.7. Apports de la réunion.....	55
2.1.8. Déroulement des interviews des orthophonistes.....	55
2.1.9. Apports des interviews.....	56
2. 2. Tableau récapitulatif concernant la distribution et le retour des questionnaires. .....	56
<b>Résultats.....</b>	<b>58</b>
<b>1. L'enquête.....</b>	<b>59</b>
1.1. Dépouillement des questionnaires.....	59
1.2. Analyse des questionnaires.....	60
1.3. Mise en relation des informations obtenues par les questionnaires avec celles récoltées lors des interviews et de la réunion intersectorielle.....	78
1.3.1. La prise en charge orthophonique en HJ.....	79
1.3.2. La prise en charge orthophonique en CMP.....	80
1.3.3. Rôle du CRA auprès des HJ et des CMP.....	81
<b>2. La maquette CD-Rom.....</b>	<b>82</b>
<b>Discussion.....</b>	<b>83</b>
<b>Conclusion.....</b>	<b>91</b>
<b>Glossaire.....</b>	<b>93</b>
<b>Bibliographie.....</b>	<b>97</b>
<b>Annexes.....</b>	<b>104</b>
Annexe n°1 : Extraits n°1 & 2 de la circulaire n°7 0 du 11 Décembre 1992, relative aux orientations de la politique de santé mentale en faveur des enfants et adolescents.....	105
Annexe n°2 : Extrait n°3 de la circulaire n°70 du 11 Décembre 1992, relative aux orientations de la politique de santé mentale en faveur des enfants et adolescents. .....	109
Annexe n°3 : Le questionnaire.....	110
Questionnaire à destination des orthophonistes exerçant en CMP et/ou hôpitaux de jour de la Métropole lilloise.....	110
Annexe n°4 : Liste des CMP et HJ sur la Métropole lilloise.....	114
Annexe n°5 : Trame des interviews menées auprès des orthophonistes exerçant en CMP et HJ de la Métropole lilloise: « Entretien: les points-clefs à développer ». .....	115





# Introduction

Depuis plusieurs années maintenant, l'autisme occupe le devant de la scène nationale grâce à la succession de deux plans de financement pour la recherche et le développement de structures spécialisées, et l'action toujours importante des associations de parents. En janvier 2010, la Haute Autorité de Santé a mis à jour les connaissances établies dans le domaine de l'autisme. Cet état des connaissances nous fait part des définitions et symptômes de l'autisme selon les différentes classifications internationales et nationales. Il est actuellement établi que la classification de référence est la Classification Internationale des Maladies, dixième édition (CIM-10), qui définit l'autisme comme « des altérations qualitatives des interactions sociales réciproques et des modalités de communication, ainsi que par un répertoire d'intérêts et d'activités restreint, stéréotypé et répétitif » (HAS, 2010, page 18).

Dans ce contexte de recherche et de volonté d'amélioration de la prise en charge des personnes porteuses d'autisme, nous souhaitons apporter notre contribution aux orthophonistes et au CRA Nord-Pas-de-Calais, au sujet de la prise en charge orthophonique des enfants porteurs de traits autistiques, en CMP et HJ, au sein de la Métropole lilloise. Les objectifs de notre mémoire sont de répertorier et de comprendre les divers courants théoriques auxquels les professionnels font appel dans le domaine de la prise en charge de l'autisme, ainsi que de dresser un état des lieux des conditions pratiques et théoriques de la prise en charge orthophonique de ces enfants, en CMP et HJ, et mettre en évidence une éventuelle demande de formation de la part des orthophonistes concernés.

Afin de mener à bien notre enquête, nous avons élaboré un questionnaire à destination des orthophonistes exerçant dans les CMP et les HJ de la Métropole, nous avons également réalisé des interviews de ces professionnels et participé activement à une des réunions intersectorielles de psychiatrie infanto-juvénile de la Métropole.

# Contexte théorique

# 1. Définitions

## 1.1. Définition générale de l'autisme

Dans le cadre du plan autisme 2008-2010 mis en place par le gouvernement français, la Haute Autorité de Santé (HAS) a publié un « état des connaissances » au sujet de l'autisme et des troubles envahissants du développement (TED), au mois de janvier 2010. Ce document a pour objectifs de mettre à disposition des professionnels de santé, des informations actualisées tant en terme de définition des troubles que des lignes de conduite à tenir auprès des personnes porteuses d'autisme et de TED.

Dans le but d'établir un consensus entre les différents acteurs de la prise en charge des personnes porteuses de troubles autistiques, la HAS a choisi de définir les notions d'autisme et de TED à partir de la Classification internationale des maladies, 10ème édition (CIM-10), qu'elle a nommé classification de référence, en raison de son utilisation au niveau international et de ses critères diagnostiques pouvant être appliqués à tous les âges de la vie.

La HAS rappelle que l'autisme appartient aux groupes des TED qui, selon la CIM-10, font partie des troubles du développement psychologique. La CIM-10 définit les TED comme « des altérations qualitatives des interactions sociales réciproques et des modalités de communication, ainsi que par un répertoire d'intérêts et d'activités restreint, stéréotypé et répétitif » (HAS, 2010, page 18) se manifestant en toutes circonstances. Autrement dit, les professionnels de santé s'accordent à parler de triade autistique. Cette dernière reprend les termes de la définition de la CIM-10 à partir de laquelle elle a dégagé trois principaux signes cliniques:

- les anomalies qualitatives de l'interaction sociale,
- les anomalies qualitatives dans la communication,
- les intérêts restreints, comportements et activités répétitifs et stéréotypés.

### 1.1.1. Les anomalies qualitatives de l'interaction sociale

Plusieurs éléments contribuent à altérer les interactions entre la personne autiste et les personnes qui l'entourent.

On note chez la personne autiste un état de retrait social qui se traduit par un isolement plus ou moins profond. Cet isolement est souvent accompagné d'une

recherche de sensations avec des objets détournés de leur fonction, tels que des morceaux de ficelle, des petits objets métalliques, etc... On parle d'objets idiosyncrasiques.

Les personnes autistes témoignent également de difficultés importantes dans la prise d'initiatives de l'interaction et dans l'entrée en interaction avec un interlocuteur, difficultés accrue par l'absence de gestes de pointage\*<sup>1</sup> chez l'enfant autiste et par un évitement du regard parfois très marqué. On parle de défaut d'attention conjointe\*. Nicole Catheline, psychiatre en hôpital de jour, explique à ce sujet, que « l'enfant semble regarder au-delà ou au travers de l'autre » (2007, page 46).

Les enfants autistes présentent aussi des difficultés d'appréhension de l'environnement en raison d'une utilisation déficitaire des stratégies du regard, notamment en ce qui concerne les balayages et la durée d'exploration visuelle.

De plus, ils ont des difficultés à prendre en compte et interpréter les indices non verbaux qui ponctuent le discours, tels que le tonus, la posture, le regard, les mimiques, les gestes et la proxémie\*... Or cette compréhension déficitaire des signes non verbaux retentit sur leur utilisation qui se trouve pauvre ou inappropriée: « soit l'enfant recherche le contact très proche avec l'autre, soit il se tient à une distance exagérée » (Catheline N., 2007, page 46), comportements que l'on attribue à des troubles de la proxémie.

Enfin, on évoque chez les personnes autistes un défaut de théorie de l'esprit. La HAS définit le concept de théorie de l'esprit « comme la capacité d'attribuer un état mental (par exemple: intentions, croyances, désirs) aux autres et à soi-même » (2010, page 62). Nombre de personnes autistes semblent présenter une incapacité à identifier le savoir, les émotions et les intentions dont leurs interlocuteurs sont porteurs et à anticiper ce qu'ils vont faire, de même qu'ils seraient en difficultés face à l'identification de leur propre état mental.

### **1.1.2. Les anomalies qualitatives dans la communication**

Chez les enfants suspectés ou diagnostiqués autistes, on peut noter la présence d'un langage déviant, d'un retard voire d'une absence de langage, « sans compensation par d'autres modes de communication non verbaux » (Denni-Krichel, 2010). Selon Colwyn Trevarthen, biologiste et psychologue, « ce qui fait ainsi défaut,

---

1 Les termes suivis d'un astérisque sont définis dans le glossaire.

c'est l'appétence à l'utilisation de l'expression orale et des mots dans le but de s'engager dans une relation réciproque avec d'autres personnes et dans des activités sociales » (2007, page 218). Ici encore, c'est la difficulté de création de liens sociaux qui est mise en avant.

Chez les personnes autistes utilisant la parole, la HAS (2010, page 64) a recensé sept particularités langagières:

- un choix des mots inhabituel,
- une inversion du pronom,
- une écholalie\*,
- un discours incohérent,
- l'absence de réponse aux questions,
- une prosodie\* anormale,
- un manque de motif/mobile pour communiquer verbalement ou par des gestes.

Concernant les comportements écholaliques, on précise que l'on distingue l'écholalie immédiate de l'écholalie différée. On parle d'écholalie immédiate lorsque la séquence répétée en écho est tirée de la situation présente, et d'écholalie différée lorsque la séquence répétée en écho est tirée d'une situation antérieure à la situation de communication. Les séquences écholaliques peuvent être de différentes natures: elles peuvent être un mot, une suite de mots ou une partie de phrase mais également une mélodie (Touati, 2007). L'écholalie n'est pas un phénomène propre à l'autisme.

Il est important de préciser que selon le dictionnaire d'orthophonie, « la valeur communicative de l'écholalie est controversée » (Brin, Courrier, Lederle, Masy, 2004, page 86). Alors que certains auteurs apparentent l'écholalie à un comportement stéréotypé intervenant à un moment inapproprié, d'autres, lui donnent le statut de « langage par citations » (Touati, 2007, page 16) et considèrent que « quand le langage est présent, il serait [...] erroné de le décrire comme dénué de valeur de communication et relevant du domaine du non-sens » (Touati, 2007, page 14).

### **1.1.3. Les intérêts restreints, comportements et activités répétitifs et stéréotypés**

Les personnes porteuses de troubles autistiques sont en situation de détresse face à la nouveauté. Ceci explique notamment le nombre réduit des centres d'intérêt des personnes autistes. Dans ces moments de confrontation au changement et à la nouveauté, mais également lorsque la personne est seule, on peut observer l'apparition de mouvements répétitifs que l'on nomme les stéréotypies. Elles peuvent concerner des mouvements des bras, de la main et/ou des doigts mais aussi un balancement du corps, une marche sur la pointe des pieds. On parle également de « maniérisme moteur stéréotypé et répétitif » (Catheline N., 2007, page 47).

Le quotidien de la personne autiste est rythmé par la réalisation de rituels. Il semble que ces derniers aient une fonction rassurante. Cependant, malgré l'instauration d'une certaine immuabilité quotidienne, les personnes porteuses de troubles autistiques peuvent être sujettes à des accès d'angoisse ou de colère dont l'origine est parfois difficile à identifier.

Tout ces éléments tendent à rendre la compréhension et la participation à la vie sociale difficile pour les personnes porteuses de troubles autistiques.

## 1.2. Tableau récapitulatif

Afin de permettre une bonne compréhension de ce que l'on entend par le terme *autisme*, nous avons réalisé un tableau récapitulatif des signes de la triade autistique présentés précédemment.

<b>Anomalies qualitatives de l'interaction sociale</b>	<b>Anomalies qualitatives dans la communication</b>	<b>Intérêts restreints, comportements &amp; activités répétitifs &amp; stéréotypés</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- retrait social, isolement</li> <li>- recherche de sensations avec des objets idiosyncrasiques</li> <li>- défaut d'attention conjointe</li> <li>- évitement du regard</li> <li>- difficultés d'appréhension de l'environnement: stratégies du regard déficitaires</li> <li>- difficultés de compréhension des signes non verbaux</li> <li>- défaut de théorie de l'esprit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- manque d'appétence à la communication,</li> <li>- langage déviant, retard/absence de langage sans effort de compensation</li> <li>- choix des mots inhabituels</li> <li>- inversions pronominales</li> <li>- écholalie</li> <li>- discours incohérent</li> <li>- absence de réponse aux questions</li> <li>- prosodie anormale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- détresse face à la nouveauté</li> <li>- centres d'intérêts restreints</li> <li>- stéréotypies</li> <li>- mise en place de rituels</li> </ul>

Tableau 1: Tableau récapitulatif des signes de la triade autistique.



## **2. Les différents modèles théoriques de prise en charge des enfants porteurs de troubles autistiques**

Dans le cadre de ce mémoire, il est apparu primordial d'établir, dans un premier temps, un état des lieux des différents modèles théoriques de prise en charge des enfants présentant des troubles autistiques. En effet, afin de pouvoir replacer les informations récoltées auprès des orthophonistes du secteur de psychiatrie infantile de la Métropole lilloise, dans l'état actuel de la recherche et des méthodes de prise en charge de l'enfant autiste, nous avons pensé qu'il était important de présenter les courants de pensée faisant référence aujourd'hui en France et dans le monde. Nous avons choisi d'en faire part au lecteur de façon synthétique afin de ne pas perdre de vue notre questionnement: où en est actuellement la psychiatrie, face à l'autisme?

Cette partie sera composée de trois temps. Les différents points abordés seront consacrés aux principaux courants théoriques auxquels les professionnels de santé et de l'éducation font appel actuellement, lors de la prise en charge des enfants autistes:

- le courant éducatif,
- le courant psychodynamique,
- le courant intégratif.

Dans ce chapitre, on n'abordera donc pas la place et le rôle des orthophonistes auprès des enfants porteurs de troubles autistiques. Ce sujet sera développé dans la partie pratique.

Le classement des différentes méthodes de prise en charge a été établi sur la base du rapport « Interventions éducatives, pédagogiques et thérapeutiques proposées dans l'autisme », publié en 2007, par le docteur Baghdadli et al., pour le Ministère de la santé et des solidarités. En effet, suite à la lecture de ce rapport et à la revue de la littérature, il s'est avéré pertinent de s'appuyer sur cette classification.

Il convient de préciser qu'en exposant les différentes thérapies ci-après, nous parlerons en terme de prise en charge globale du sujet autiste, c'est-à-dire de programmes « visant à fournir aux personnes atteintes d'autisme un ensemble

d'interventions coordonnées » (Baghdadli & al., 2007, page 27). Les thérapies ciblées sur des points spécifiques du handicap autistique, tels que les difficultés sensori-motrices ou communicationnelles prises isolément, ne seront pas abordées.

## **2.1. Courant éducatif**

Ce courant de pensée propose à l'enfant autiste et sa famille, la possibilité de faire des apprentissages dans un cadre structuré, adapté à leurs points forts et leurs points faibles, tant au niveau du contenu des apprentissages que des méthodes utilisées. Les stratégies validées par le courant éducatif font appel aux fondements théoriques des thérapies dites comportementales: il est offert à l'enfant porteur de troubles autistiques la possibilité de bénéficier d'un projet éducatif personnalisé. Les apprentissages proposés à l'enfant sont choisis en fonction des objectifs à atteindre, établis suite à la réalisation d'un bilan de l'enfant dans son milieu. Le bilan est réalisé par le biais d'outils standardisés, approuvés par les différentes institutions à visée éducative. A terme, les stratégies employées visent la généralisation des apprentissages, en faisant appel notamment à la participation active des parents dans la prise en charge. Selon Bernadette Rogé (1997, page 50), « L'approche éducative vise donc la meilleure adaptation de l'individu par l'apprentissage des comportements qu'il n'acquiert pas spontanément et sans lesquels aucune vie sociale n'est possible ». Les concepteurs des stratégies à orientation éducative disent avoir pour objectif la mise en place d'« un accès aux savoirs » (Tardif & Gepner, 2009, page 115), dans le but de permettre une plus grande autonomie chez les personnes autistes, de faciliter leur intégration sociale ainsi que d'améliorer leur qualité de vie.

On peut regrouper plusieurs thérapies sous l'appellation de « courant éducatif »; thérapies qui, même si elles diffèrent en certains points, témoignent d'objectifs similaires et de certains fondements théoriques identiques. De fait, deux types de prise en charge sont présentés dans cette partie:

- les thérapies comportementales,
- les thérapies développementales.

## 2.1.1. Les thérapies comportementales

### 2.1.1.1. Présentation

Selon le docteur Baghdadli et al. (2007), les thérapies à référence comportementales sont les plus nombreuses actuellement recensées. Dans leur rapport, ils dénombrent à eux seuls neuf programmes d'intervention différents. On peut citer:

- le programme Lovaas (Etats-Unis)
- le programme Rutgers/Douglas Developmental Disabilities Center (DDDC) (Etats-Unis)
- le programme LEAP: Learning Experiences – an Alternative Program for Preschoolers and Parents (Etats-Unis)
- le programme « Earlybird » (Royaume-Uni)
- le programme Son-Rise (Etats-Unis)
- le programme de l'Institut May (Etats-Unis)
- le programme de l'Institut Princeton (Etats-Unis)
- le programme pré-scolaire de Walden (Etats-Unis)
- le programme pré-scolaire du Centre Ecossais pour l'autisme (Royaume-Uni).

Comme nous pouvons le remarquer en observant cette liste de programmes, les thérapies à référence comportementale ont été principalement développées en Amérique du Nord et en Europe du Nord.

Viviane Chauveau-Chaveroche, chef de service éducatif, définit les thérapies comportementales comme cherchant « à réduire les fonctionnements et attitudes indésirables, et à promouvoir des comportements dits « souhaitables », grâce à des « renforcements » obtenus par le biais de récompenses (friandises, etc.) ou sanctions (privations, etc.) » (2010, page 198). La vocation de ce type de thérapies est de traiter directement ou indirectement les comportements inadaptés à la vie en société, en axant la prise en charge sur le travail des habiletés sociales, cognitives et psychomotrices.

La revue de la littérature a permis de mettre en évidence plusieurs éléments caractéristiques des thérapies comportementales. On a pu relever la mise en avant d'une prise en charge qui s'avère intensive, devant être reprise au quotidien (Manning-Courtney & al., 2003, Baghdadli & al., 2007, Eikeseth, 2009), ceci

nécessitant la participation active des parents, devenant alors des « co-thérapeutes » (Baghdadli & al., 2007, Eikeseth, 2009, Ferrari, 2010). Les formateurs recommandent une prise en charge précoce dans le but de permettre une évolution plus favorable, des progrès plus rapides. Enfin, ces programmes sont souvent coûteux tant en terme d'investissement personnel de la part de la famille qu'en terme de participation financière.

On peut également repérer dans les prises en charge dites comportementales, la mise en place d'un cadre d'apprentissage similaire:

- les supports pédagogiques sont sélectionnés par l'adulte,
- c'est l'adulte qui initie les différentes situations d'interaction lors des séances,
- « les renforçateurs sont extérieurs aux tâches enseignées et présélectionnés par l'adulte » (Baghdadli & al., 2007, page 29). Dans cette situation, l'enfant est récompensé de ses efforts par le don d'un objet, d'un aliment ou d'une boisson qu'il affectionne.

L'approche comportementale s'inspire de deux modèles théoriques principaux:

- le modèle comportemental qui s'appuie sur les travaux de deux psychologues américains: J.B. WATSON (1878-1958) qui a introduit le courant behavioriste aux États-Unis et B.F. SKINNER (1904-1990) qui a longuement étudié le conditionnement opérant et la motivation à l'apprentissage,
- le modèle néo-comportemental qui fait référence aux études de R. KOEGEL, docteur en psychologie californien. Ce modèle met avant la place primordiale de la motivation de l'enfant.

## **2.1.1.2. Fondements théoriques**

### **2.1.1.2.1. Modèle comportemental**

- Watson, père du behaviorisme

Watson a introduit la notion de behaviorisme au début du XXème siècle aux États-Unis. Le behaviorisme est « une approche psychologique qui met en avant l'étude du comportement objectivement observable et du rôle de l'environnement comme facteur déterminant du comportement humain et animal » (Tavris & Wade, 1999, page 22). Watson souhaitait que les psychologues privilégient l'étude des comportements observables au lieu de s'adonner à des commentaires qualifiés de

subjectifs, tels que l'évocation des notions d' « état mental, esprit et émotions » (Tavris & Wade, 1999, page 22). Il pensait que l'environnement à lui seul déterminait les réponses motrices et comportementales de l'être humain, elles seules représentatives de la psychologie, à l'instar des animaux (Ferrari, 2010).

- Skinner et le conditionnement opérant

Le conditionnement opérant est « l'apprentissage d'un comportement en fonction des conséquences qui résultent de l'action de l'organisme sur l'environnement » (Cottraux, 2004, page 38).

A partir des expériences menées sur des rats de laboratoire, Skinner a pu observer que la motivation à répéter une action résultait des conséquences directement en lien avec l'action. C'est en approfondissant davantage les recherches dans les années 50, qu'il put établir une théorie de l'apprentissage.

C'est en s'inspirant du courant béhavioriste et notamment de cette théorie de l'apprentissage, que les théories comportementales ont été mises au jour. Selon ce courant de pensée, l'apprentissage est considéré comme dépendant de l'environnement. Il s'agit alors d'apprendre des comportements adaptés (Weil-Barais, 2004).

#### **2.1.1.2.2. Modèle néo-comportemental**

- Koegel et les comportements pivots

Koegel a identifié des facteurs intervenant communément dans les réponses données à des stimulations chez l'enfant. Il a notamment remarqué que certains d'entre eux jouaient un rôle récurrent dans les réponses apportées à différents types de stimulations, qu'il a nommé « comportements pivots ». Ces principaux comportements pivots sont: la motivation, l'auto-contrôle, la prise d'initiatives et la capacité à sélectionner les stimuli pertinents (Bourgueil O., 2008, Brookman-Frazer & al., 2009). Ces mêmes comportements sont défectueux chez l'enfant autiste; ce qui conduit à la production de réponses inadaptées aux stimulations du monde extérieur rencontrées au quotidien. A partir de ce constat, Koegel a pensé que si l'on réhabilitait ces comportements défectueux, on pourrait observer une amélioration de la qualité des réponses apportées par l'enfant, dans de nombreuses situations. Ainsi, selon le modèle néo-comportemental, il s'agit de travailler avant tout l'efficacité de ces comportements pivots, en s'appuyant sur eux en séances.

En pratique, le modèle néo-comportemental est surtout ciblé sur les conséquences de la motivation de l'enfant. De ce fait, lors des activités, l'adulte laisse le choix du matériel à l'enfant ainsi que l'initiative des interactions. C'est l'enfant qui semble mener le déroulement de la séance. De plus, dans le modèle néo-comportemental, il a été mis en avant l'importance de privilégier les « renforçateurs naturels », c'est-à-dire des renforçateurs « directement liés à la réussite de la tâche » (Baghdadli & al., 2007, page 29), tels que les félicitations de l'adulte. Enfin, contrairement au modèle comportemental, qui attend des réponses pré-définies aux stimulations, le modèle néo-comportemental accepte un panel de réponses plus vaste. Il encourage et félicite également les tentatives de réponses.

### 2.1.1.3. Applied Behavioral Analysis (ABA)

Dans les programmes comportementaux cités précédemment, on relève la présence du programme Lovaas, plus connu aujourd'hui sous le nom de Applied Behavioral Analysis ou ABA. La méthode ABA a fait son apparition dans les années 60 aux États-Unis, suite aux recherches d'Ivar Lovaas sur l'analyse du comportement. Elle s'inspire principalement du modèle comportemental. L'objectif de ce programme est à terme, de permettre l'intégration des enfants autistes en milieu ordinaire, au contact d'enfants tout-venants. Afin d'aboutir à cette intégration, les enfants autistes sont soumis à une prise en charge intensive concernant les habiletés communicationnelles, sociales et émotionnelles, comme l'explique Svein Eikeseth (2009, page 163): « ABA focuses on remediating the children's delays in communication, social and emotional skills and place great focus on integrating the children with typical peers in typical settings »<sup>2</sup>. Les éducateurs et les psychologues sont les professionnels les plus souvent formés à ce type de pratique. Les principaux composants de la méthode ABA relevés par Svein Eikeseth (2009) sont les suivants:

- la prise en charge doit être la plus précoce possible, c'est-à-dire avant les 3 à 5 ans de l'enfant,
- les parents doivent être impliqués dans la prise en charge de leur enfant: ils sont formés au programme et ont le statut de « co-thérapeute ». Ils ont pour

---

2 « La méthode ABA s'intéresse à la remédiation des troubles des habiletés communicationnelles, sociales et émotionnelles chez les enfants et met un point d'honneur à les intégrer à leurs pairs, en milieu ordinaire. »

rôle de faciliter la généralisation des apprentissages de l'enfant en milieu ordinaire,

- un des objectifs d'ABA est de maintenir l'enfant autiste dans un développement qui soit le plus proche possible du développement normal de l'enfant,
- la prise en charge est intensive: les meilleurs résultats ont été observés à partir de 30 à 40 heures de prise en charge par semaine, en individuel,
- le programme ABA se veut aussi complet que possible: de nombreux thèmes sont abordés tels que le langage, la communication, le jeu, les apprentissages pré-scolaires et scolaires, les aptitudes sociales et émotionnelles, etc... De plus, on consacre une grande attention à la réduction des comportements inappropriés,
- la prise en charge est adaptée au profil de chaque enfant.

Actuellement, la méthode ABA est considérée comme une des plus représentatives des programmes à orientation comportementale.

## **2.1.2. Les thérapies développementales**

### **2.1.2.1. Présentation**

Les thérapies développementales s'inspirent du modèle néo-comportemental (exposé précédemment) et s'appuient également sur la relation affective qui s'établit entre l'enfant et son éducateur durant la prise en charge. Tardif & Gepner (2009, page 115), évoquent des « techniques plus naturelles et plus souples », en comparaison des thérapies comportementales. En effet, en référence au modèle néo-comportemental, c'est la motivation de l'enfant qui est mise en avant dans les thérapies développementales. Ce n'est plus l'adulte qui choisit les supports pédagogiques lors des séances mais l'enfant. A l'inverse du modèle comportemental, les renforçateurs sont dits naturels<sup>3</sup>.

Par l'approche développementale, on entend replacer les acquisitions cognitives, sociales et psychomotrices de l'enfant porteur de troubles autistiques dans le cadre du développement typique de l'enfant. Ce point de vue permet d'élaborer un plan de rééducation adapté à la chronologie des étapes de développement de l'enfant dit tout-venant.

---

3 Cf 2.1.1.2.2. Modèle néo-comportemental

Baghdadli & al. dénombrent deux programmes principaux à référence développementale:

- le programme TEACCH (États-Unis),
- le programme de Denver (États-Unis).

### **2.1.2.2. Courant cognitiviste**

Le courant cognitiviste est né de l'étude du fonctionnement cognitif, au milieu du XX<sup>ème</sup> siècle. On entend par fonctionnement cognitif, les mécanismes permettant à l'être humain d'acquérir, de traiter, d'engrammer, de manipuler des savoirs et des informations. Les chercheurs ont postulé que ces mécanismes étaient à l'origine de nos représentations mentales. Ainsi, selon le courant cognitiviste, ce serait en étant confronté à l'environnement qui nous entoure et grâce à nos actions sur cet environnement que nous aurions pu élaborer des représentations mentales (S. Roy, 2008). A partir de ce postulat, il est considéré que les capacités d'apprentissage sont dépendantes des capacités de traitement de l'information.

A titre d'exemple, Bernadette Rogé (2008, page 89) explique le principe de la méthode TEACCH et plus largement des méthodes dites cognitivo-comportementales comme suit: « il convient de comprendre le fonctionnement cognitif des personnes autistes pour adapter les techniques d'apprentissage et l'environnement ».

### **2.1.2.3. Méthode TEACCH**

Dans la liste des programmes à référence développementale établie par Baghdadli & al. (2007), on relève la présence de la méthode TEACCH, aujourd'hui largement répandue en Amérique du Nord et en Europe.

Le sigle TEACCH est l'abréviation de « Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped CHildren », ce qui signifie en français: Traitement et éducation des enfants avec autisme et autres handicaps de la communication (Chauveau-Chaveroche, 2010, p.192).

C'est en 1971, que la méthode TEACCH est née des recherches et travaux d'Eric Schopler (1927-2006), professeur à l'Université de Caroline du Nord et de Richard Reichler, pédopsychiatre, tous deux de nationalité américaine.



Tout a commencé en 1964 lorsque Eric Schopler réalisa un doctorat de psychologie clinique de l'enfant, au sujet des préférences sensorielles des enfants autistes. Il en résulta que les enfants porteurs de troubles autistiques utilisaient préférentiellement l'odorat et le toucher (« récepteurs de proximité ») à la vue et l'audition (« récepteurs qui agissent à distance ») (Rogé, 2006, page 91). Leurs travaux aboutirent à la mise en place d'un programme éducatif. L'accueil de ce programme par les parents d'enfants autistes fut si enthousiaste qu'ils réclamèrent sa poursuite au-delà de la date de fin de l'étude.

Dans son Abécédaire des théories et concepts, Viviane Chauveau-Chaveroche (2010, page 192) nous fait part des grandes lignes directrices de la méthode TEACCH:

- « l'organisation de l'environnement,
- des prises en charge individualisées,
- des évaluations,
- la collaboration avec les parents, véritables partenaires des professionnels,
- des moyens de communication verbaux et non verbaux,
- l'enseignement des aptitudes sociales et des loisirs,
- l'apprentissage de l'indépendance,
- la formation pré-professionnelle et professionnelle ». A ce titre, il est important de préciser que la méthode TEACCH propose une prise en charge aux personnes porteuses de troubles autistiques de l'enfance à l'âge adulte.

## 2.2. Courant psychodynamique

L'approche psychodynamique se conçoit comme l'observation des comportements de l'enfant autiste afin de décrypter, de donner du sens à ses manifestations physiques et pré-verbales, en référence aux théories analytiques freudiennes et lacaniennes (Tardif et Gepner, 2009). Il s'agit de s'intéresser aux mécanismes qui bouleversent la relation de ces enfants à eux-mêmes et aux autres, qui les privent d'un partage émotionnel. La psychanalyse « tente de comprendre leur façon d'être au monde » (Chauveau-Chaveroche, 2010, page 167).

Selon Jacques Hochmann, l'objectif d'une psychothérapie à référence analytique, auprès d'enfants porteurs de troubles autistiques, « n'est pas tant de déceler la cause ou les causes prétendument psychiques de leur pathologie [...]

mais avant tout de redonner vie à un fonctionnement mental »<sup>4</sup>. En effet, Geneviève Haag explique que « la psychanalyse s'intéresse à tous les aspects du développement de la psyché » (Haag G., 2005, page 119). Le terme de psyché vient du grec *psukhê* qui signifie « âme » ou « esprit ». En psychologie, ce mot est défini comme « l'ensemble des manifestations conscientes et inconscientes de l'humain. Elle regroupe des fonctions cognitives et émotionnelles fort diverses, dont notamment la mémoire, l'imagination, l'attention, le raisonnement, la capacité de jugement, les sentiments et la motivation » (Savioz & al., 2010, page 220) . Il s'agit donc pour le courant psychodynamique de s'intéresser au fonctionnement et au développement des foyers cognitif et émotionnel de l'enfant porteur de troubles autistiques.

Le courant psychodynamique s'est plus particulièrement répandu en Europe dès le début du XXème siècle et est encore très présent en France. Dans notre pays, on rencontre surtout le courant psychodynamique dans le secteur de la psychiatrie infanto-juvénile relevant du service public tels que les centres médico-psychologiques<sup>5</sup> (CMP), les hôpitaux de jour (HJ), mais également dans les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) (le plus souvent gérés par des associations). Actuellement, on retrouve la mise en place de psychothérapies, la plupart du temps, dans le cadre de prises en charge globales et « diversifiées », c'est-à-dire dans le cadre d'un programme coordonnant l'intervention de différents acteurs: « la psychothérapie est le plus souvent associée à d'autres actions de nature éducative, rééducative ou pédagogique » (Baghdadli & al., 2007, page 40).

On distingue plusieurs types de thérapie pouvant être classés dans le courant psychodynamique. Comme nous l'avons fait concernant les courants de pensée précédemment traités, nous faisons référence à la classification de Baghdadli & al. (2007):

- les thérapies institutionnelles,
- les psychothérapies institutionnelles ou « psychothérapies psychanalytiques » (Ferrari, 2010),
- les jardins d'enfants thérapeutiques.

---

4 Hochmann J. (1996), « La place de la psychothérapie dans la prise en charge des enfants autistes », Les cahiers du CTNERHI, n°69-70, in Chauveau-Chaverroche V. (2010), « Les Autismes, Abécédaire des théories et concepts », Paris: Seli Arslan, 196

5 N.B: dans la région, les centres médico-psychologiques sont souvent nommés « consultation médico-psychologique ».

## **2.2.1. Les thérapies institutionnelles**

### **2.2.1.1. Présentation**

Les thérapies institutionnelles ont fait leur apparition en France dans les années 50. Elles proposent une prise en charge pluridisciplinaire et globale. Ce type de thérapie est actuellement le plus rencontré en services médico-sociaux.

Les institutions concernées par les thérapies institutionnelles sont les services de psychiatrie infanto-juvénile et les services médico-sociaux tels que les Instituts Médico-Educatifs (IME). L'équipe en charge de l'enfant est la plupart du temps composée:

- d'un pédopsychiatre,
- d'un psychologue,
- d'infirmiers,
- d'ergothérapeutes,
- de psychomotriciens,
- d'orthophonistes,
- d'éducateurs,
- d'aides médico-psychologiques (AMP).

Lors de la mise en place d'une thérapie institutionnelle, l'équipe soignante et éducative instaure une collaboration entre les différents intervenants qui prennent en charge l'enfant: les secteurs sanitaires, médico-sociaux et scolaires sont mis en relation et sont amenés à travailler en équipe.

Suite à l'accueil et à l'observation des capacités, des difficultés et des besoins de l'enfant, l'équipe soignante met en place un projet personnel individualisé qui aboutit à la création d'un emploi du temps. Cet emploi du temps régit le plan de soins de l'enfant et est susceptible d'être modifié en fonction de l'évolution du patient. Le quotidien de l'enfant s'articule entre des temps de prise en charge individuelle, de prise en charge de groupe ou d'ateliers et de temps de vie en commun.

Les jeunes enfants concernés par ce type de prise en charge peuvent être intégrés en « milieu ordinaire »: crèches, écoles maternelles... Ils peuvent être accompagnés au quotidien par une Auxiliaire de Vie Scolaire (AVS) et sont également suivis par le service de pédopsychiatrie ou psychiatrie infanto-juvénile. Dès l'âge de 5 ans, les enfants peuvent être pris en charge par les services médico-

sociaux (notamment les IME). Dans les services médico-sociaux, la prise en charge éducative tient une place prépondérante par rapport aux hôpitaux de jour où la prise en charge psychothérapique est prioritaire (Baghdadli & al., 2007).

De multiples propositions sont faites aux enfants en fonction de leurs capacités et difficultés:

- des **soins**:
  - psychothérapie,
  - « thérapies psychomotrices et thérapies à médiation corporelle » (Ferrari, 2010, page 111): art-thérapie, équithérapie, pataugeoire, packing...,
  - séances de rééducation aux côtés d'un ergothérapeute, d'un psychomotricien et/ou d'un orthophoniste. Les rééducateurs abordent les domaines du langage, du schéma corporel, de la motricité, de la relation aux objets et aux autres et coordonnent leurs actions rééducatives,
- des **activités éducatives**:
  - apprentissage des règles de vie: hygiène, le « vivre ensemble », la propreté sphinctérienne, l'autonomie...,
- des **activités pédagogiques**:
  - ateliers « apprentissage » aux côtés d'éducateurs, d'un psychologue et d'AMP, temps scolaires,

ainsi que des temps de stimulations sensorielles et détente: salle snoezelen\* par exemple. Il faut préciser que certains de ces soins et activités peuvent se recouper.

Les enfants suivent leur emploi du temps d'une semaine sur l'autre, alternant « des temps dits thérapeutiques et des temps dits occupationnels » (Tardif & Gepner, 2009, page 111), chaque activité ayant un objectif établi préalablement par les membres de l'équipe soignante et éducative.

Toutes ces activités mises en place ont pour but de participer « aux médiations relationnelles et servent de support au développement des processus de symbolisation » (Baghdadli & al., 2007, page 41). Chauveau-Chaveroche (2010) nous explique que « le processus de symbolisation permet de remplacer les objets en leur absence par leur image mentale » (page 191). Les personnes autistes sont en grandes difficultés face au développement de ces processus et peuvent donc être victimes de tensions internes très violentes. Afin de permettre la création de liens entre enfants et membres de l'équipe et d'accompagner les enfants autistes vers le

développement de ces processus de symbolisation, et la mise en place d'un environnement sécurisé, les établissements médico-sociaux attachent une importance à instaurer des repères quotidiens tant au niveau des intervenants que de l'aménagement et l'utilisation des locaux. Ceci joue un rôle primordial dans le bien-être des enfants porteurs de troubles autistiques: « l'institution est alors posée comme un espace de rencontre, un cadre protecteur et protégé, assurant une fonction contenant (au sens de Bion) et un espace transitionnel (au sens de Winnicott)» (Tardif & Gepner, 2010, page 111).

### **2.2.1.2. Fondements théoriques**

Dans son ouvrage, « L'Autisme Infantile » (2010, pages 108 à 110), Ferrari expose les points principaux qui constituent le fondement théorique des thérapies institutionnelles selon Geissmann, Hochmann et Misès. Nous avons délibérément choisi de présenter ses travaux étant donné la clarté de ses propos vis-à-vis de la complexité des données théoriques.

Les lignes directrices des thérapies institutionnelles sont les suivantes:

- « la nécessité d'une quadruple action coordonnée: thérapeutique, éducative, pédagogique et scolaire »: ici, l'auteur souligne l'importance de bénéficier d'une équipe composée d'acteurs de différents horizons: médecins, rééducateurs, éducateurs... pour la mise en place d'une prise en charge cohérente. Ceci permet d'appréhender le sujet dans sa globalité et d'apporter une vision enrichie de l'enfant par la complémentarité de divers points de vue,
- « la reconnaissance de l'enfant psychotique comme sujet »: les théories analytiques postulent que l'enfant autiste est victime d'une désorganisation psychique. Malgré cela, l'équipe institutionnelle se doit d'accueillir l'enfant en tant que sujet, porteur d'une histoire singulière et personnelle. En prenant en charge cet enfant, le personnel s'engage à lui venir en aide en concentrant leurs efforts sur la mobilisation de son fonctionnement psychique. Il est établi par les théories analytiques que l'équipe soignante et éducative peut agir sur ce dysfonctionnement en aidant l'enfant à accéder à la capacité de construire une véritable relation avec ses pairs par la communication,
- « l'institution comme espace de rencontre »: toujours dans l'optique que l'institution se doit d'accueillir et de prendre en charge un sujet et non un symptôme, il s'agit de proposer à l'enfant un autre mode de « fonctionnement

mental », ainsi que des outils pour échanger, communiquer avec autrui. L'auteur insiste sur le fait qu'à la différence d'autres méthodes de prise en charge, il ne s'agit pas d'imposer et de faire engranger à l'enfant un modèle de fonctionnement mental et de communication prédéterminé mais de l'aider à installer des stratégies qui s'intègrent à sa personnalité,

- « l'institution dans sa fonction de pare-excitation »: par ces termes, on entend que l'institution mette à disposition de l'enfant un « cadre protecteur et protégé », tenant l'enfant à l'abri de situations qu'il ne pourrait pas gérer en raison d'une psyché encore trop fragile et désorganisée. Il est question d'entourer l'enfant et de pouvoir l'accompagner en cas d'événements angoissants, cependant limités grâce au savoir-faire de l'équipe institutionnelle,
- « l'institution dans sa fonction contenante »: l'équipe soignante et éducative a pour rôle d'accueillir les affects de l'enfant, de l'aider à les vivre, à leur donner du sens afin que l'enfant autiste puisse les identifier, les comprendre et les accepter sans être soumis à de terribles angoisses. Cette fonction se rapporte à ce que l'on nomme la « capacité de rêverie de la mère » qui correspond à la réception par la mère des affects de son bébé, emprunts de différents sentiments et sensations très forts, très intenses car désorganisés et de les lui retourner sous une forme organisée, cohérente et donc rassurante que Bion nomme éléments alpha. La fonction contenante de l'institution est considérée comme primordiale. C'est grâce à la confrontation de l'enfant à cette fonction contenante, que ce dernier pourra ensuite construire « son espace psychique propre et [...] organiser sa vie émotionnelle » (Ferrari, 2010, page 110),
- « l'institution dans sa fonction maternante »: la fonction maternante de l'institution est mise en place par le biais de soins corporels prodigués à l'enfant. Durant ces soins, l'équipe accorde une place privilégiée aux échanges et à la communication. Il s'agit de permettre à l'enfant « un investissement libidinal de son propre corps » (Ferrari, 2010, page 110) afin qu'il s'approprie son enveloppe corporelle,
- « l'institution dans sa fonction d'espace transitionnel »: l'institution doit permettre à l'enfant d'explorer l'espace, l'environnement qui l'entoure en étant confronté au réel (objets, personnes, limites) mais en respectant son niveau

de développement psychique, de représentations du monde. Les soignants doivent adapter leurs réponses aux besoins de l'enfant et à ses moyens d'exploration de l'espace. Ils doivent l'accompagner à son rythme dans l'évolution de ses représentations.

## **2.2.2. Les psychothérapies institutionnelles ou psychothérapies psychanalytiques**

### **2.2.2.1. Présentation**

La psychothérapie institutionnelle est apparue après la Seconde Guerre mondiale, en France et fût à son apogée dans les années 50-70. Elle résulte de la rencontre de deux domaines: celui de la psychanalyse et celui de la psychiatrie publique (Ayme, 1985). Jean Ayme, anciennement psychiatre et psychanalyste, membre de la Société de psychothérapie institutionnelle, explique que « la psychothérapie institutionnelle, loin de vouloir supprimer la maladie mentale, de vouloir régler son compte à la folie, se fonda sur une démarche d'écoute et de compréhension, visant à permettre au malade de vivre avec sa psychose dans les lieux d'accueil et de soins diversifiés en fonction de l'évolution de sa pathologie » (Besançon & Jolivet, 2009, page 21). La mise en place de ce type de thérapie nécessite l'instauration préalable d'un cadre de soins précis: il est accordé une place primordiale à l'accueil des patients, un des maîtres mot est la « resocialisation » des malades; enfin, les patients doivent pouvoir bénéficier de leur traitement au plus près de leur domicile (Ayme, 1985, page 1).

Ces dernières décennies, Haag (pédopsychiatre et psychanalyste française) et Houzel (pédopsychiatre français) ont joué un rôle important dans le développement des psychothérapies institutionnelles, en France. Houzel, notamment, a décrit précisément en quoi consiste ce type de thérapie. Ferrari relate l'objectif de la mise en place d'une telle approche auprès d'enfants autistes selon Houzel: « l'objectif principal de ces traitements est de permettre que s'organise le monde des représentations internes de l'enfant à partir de l'interprétation de son vécu, de ses angoisses, de ses symptômes et de la mise en mots de ceux-ci » (Ferrari, 2010, page 122). Il s'agit de thérapies privilégiant l'échange, la communication entre l'équipe soignante et le patient: chaque malade doit être considéré et pris en charge en tant que personne, porteuse d'une histoire singulière.

Houzel précise que le jeu et le dessin doivent être les médiateurs de la relation enfant/thérapeute afin que l'enfant puisse « représenter sa vie imaginaire » (Ferrari, 2010, page 122). Les séances de prise en charge doivent être d'une fréquence soutenue: 3 à 4 séances par semaine. Houzel insiste également sur l'importance d'une stabilité du cadre spatio-temporel accueillant l'enfant. Enfin, ce type de prise en charge nécessite ce que l'on appelle une « alliance thérapeutique », soit l'investissement et la confiance de la famille dans la méthode employée.

Ce type de prise en charge peut être réalisé dans le cadre d'une institution ou dans le cadre libéral. Dans la plupart des cas, elle n'est pas indiquée isolément, elle appartient à un plan d'interventions global: « il s'agit d'une action thérapeutique complémentaire de la thérapie institutionnelle » (Ferrari, 2010, page 122).

Les psychothérapies institutionnelles ou psychothérapies psychanalytiques sont plus rarement mises en place que les thérapies institutionnelles présentées précédemment. En effet, Ferrari précise que « la prise en charge psychothérapeutique d'un enfant autiste n'est pas toujours réalisable d'entrée, et les indications doivent en être mûrement posées » (Ferrari, 2010, page 122).

#### **2.2.2.2. Fondements théoriques**

La psychothérapie institutionnelle a vu le jour à l'hôpital psychiatrique de Saint-Alban (Lozère - Massif-Central), en France au milieu des années 40. C'est François Tosquelles (1912-1994), psychiatre catalan qui en est à l'origine, mais c'est Georges Daumezon (1912-1979), psychiatre français, qui a créé son appellation, en 1952: « psychothérapie institutionnelle ».

Tosquelles s'inspire des travaux d'Hermann Simon (psychiatre allemand, 1867-1947) et de Jacques Lacan (psychiatre et psychanalyste français, 1901-1981) (Ayme, 1985, page 3). Tosquelles fait appel aux notions d'autonomie de l'hôpital et du patient, du psychiatre allemand Simon. Il s'agit de la mise en place, toujours renouvelée, de projets, qu'ils concernent les soins ou des activités créatives à destination des patients. De plus, Tosquelles choisit de faire référence aux écrits de Lacan, sur la « compréhension de la psychose » (Ayme, 1985, page 4) d'un point de vue freudien. Pour le psychanalyste français, le discours des personnes dites psychotiques à un sens mais pour être décrypté, il nécessite que l'on fasse appel à des outils, des connaissances particulières. C'est pourquoi, dans les établissements



concernés par les psychothérapies institutionnelles, tous les membres de l'équipe doivent avoir bénéficié d'une formation aux théories psychanalytiques. D'où également, la présence de réunions de synthèse. Ces temps d'équipe ont pour but que chaque soignant puisse faire part de ses observations, de son ressenti vis-à-vis de chaque patient (dans notre situation, les enfants autistes). Ces moments d'échange entre professionnels permettent au soignant comme parfois au soigné de prendre sa place en tant que personne et de partager les sensations et les émotions auxquels ils sont sujets lors de leur service. En effet, dans ce type de thérapie, l'équipe soignante, dans son intégralité, est investie dans le soin et la relation avec le patient, ce qui nécessite une prise de conscience régulièrement actualisée sur le rôle de chacun.

Actuellement, les psychothérapies institutionnelles destinées aux enfants font également référence aux théories psychanalytiques élaborées par Mélanie Klein, psychanalyste britannique (1882-1960) (Ferrari, 2010). Ses travaux concernent notamment l'invention de la psychanalyse pour enfants par le biais de l'observation du jeu (Roudinesco & Plon, 2000).

### **2.2.3. Les Jardins d'Enfants Thérapeutiques (JET)**

#### **2.2.3.1. Présentation**

Les JET s'adressent aux très jeunes enfants et à leur famille. Ils sont un « lieu de soins destiné à favoriser autant les relations entre les parents et leurs enfants que les capacités de l'enfant lui-même et à promouvoir sa socialisation » (Baghdadli & al., 2007, page 42). Les JET sont des établissements proposant une prise en charge pluridisciplinaire quotidienne, individuelle ou en groupe: les enfants peuvent bénéficier de séances d'orthophonie, de psychomotricité et de psychothérapie. Les professionnels proposent diverses activités de « jeux libres » favorisant la mise en place des processus de symbolisation, ainsi que de « jeux structurés » permettant la stimulation des fonctions attentionnelles (Baghdadli & al., 2007, page 42). Le cadre accueillant les enfants et leur famille se veut stable et sécurisant afin de faciliter l'émergence d'émotions, de liens relationnels et de renforcer l'attachement enfant/parents.

Ces structures se retrouvent dans plusieurs pays européens tels que la France ou encore la Suisse. Elles accueillent les jeunes enfants principalement entre

2 et 6 ans et leurs parents. Les professionnels intervenant auprès des enfants et des parents sont de formation psychanalytique. Dans ce type d'établissements, il est important de préciser qu'enfants comme parents, en famille ou séparément peuvent bénéficier d'une prise en charge.

### **2.2.3.2. Fondements théoriques**

Les JET sont nés d'une volonté de pouvoir proposer aux enfants et à leur famille un lieu intermédiaire entre domicile, école et hôpital. La prise en charge de l'enfant et sa famille s'articule autour des relations psycho-affectives entre parents et enfants et de la vie en société en s'appuyant sur les apports de la psychanalyse.

## **2.3. Courant intégratif**

Les prises en charge intégratives font appel à divers courants théoriques dont elles adaptent les outils « au contexte de l'enfant, aux souhaits de sa famille et aux ressources des professionnels de différentes disciplines » (Baghdadli & al., 2007, page 43).

Il existe de nombreuses méthodes appartenant à ce courant, se révélant difficiles à répertorier. Cependant, afin de présenter aux lecteurs une illustration du courant intégratif, nous avons choisi de présenter, une des méthodes les plus citées dans la littérature: la Thérapie d'Echange et de Développement (TED).

### **2.3.1. La Thérapie d'Echange et de Développement (TED)**

#### **2.3.1.1. Présentation**

La TED a été mise au point par Gilbert Lelord, Catherine Barthélémy et Laurence Hameury, membres de l'équipe de pédopsychiatrie du centre hospitalier régional universitaire de Tours. La TED est un « soin psycho-éducatif » (Tardif & Gepner, 2009, page 112) qui s'adresse aux enfants présentant des troubles du développement graves dont l'autisme. Elle se présente sous la forme de séances individuelles de 30 minutes, pluri-hebdomadaires.

L'objectif de cette méthode est de favoriser les situations d'échange, de développer les capacités à instaurer et entretenir une situation de communication via des activités ludiques faisant appel aux fonctions motrices, sensorielles et sociales

de l'enfant. Pour cela, le thérapeute doit exposer l'enfant à des « conditions optimales d'échange: sérénité, disponibilité, réciprocité » (Tardif & Gepner, 2009, page 112). Les activités sont choisies en fonction des capacités de l'enfant et de ses centres d'intérêt: c'est la participation de l'enfant qui est attendue et non la réalisation de performances. Il s'agit de mobiliser et stimuler les fonctions les moins efficaces chez l'enfant: celles intervenant dans sa pathologie et jouant un rôle important dans son handicap relationnel et communicatif.

Les fonctions qui vont faire l'objet d'une rééducation sont clairement exposées aux parents au préalable. Le programme de rééducation est défini avec la famille et réajusté selon l'évolution de l'enfant. Sa progression et ses difficultés restantes sont évaluées plusieurs fois au cours de la prise en charge au moyen de tests standardisés tels que l'ECA (Barthélémy C. & al., 1995).

L'ECA est une échelle d'Evaluation des Comportements Autistiques qui a été élaborée en 1989, par Gilbert Lelord, co-fondateur de la TED. La dernière édition de cette échelle date de 2003 et a été standardisée auprès de 136 enfants (cf site des ECPA).

La TED peut s'articuler à d'autres prises en charge telles des séances de psychomotricité, d'orthophonie ou encore une psychothérapie analytique. L'enfant peut également être scolarisé.

### **2.3.1.2. Fondements théoriques**

La TED fait appel aux références neuro-développementales de la conception de l'autisme. Selon Gilbert Lelord, co-fondateur de la TED, les troubles du comportements observables dans l'autisme seraient dus à une « insuffisance modulatrice cérébrale », soit un dysfonctionnement du système nerveux central qui entraînerait des perturbations dans les activités de l'enfant. Ainsi, il est question de rééduquer les fonctions neuropsychologiques défectueuses de l'enfant. L'évaluation des besoins de l'enfant est réalisée à partir d'observations diverses tant au niveau comportemental, psychologique que neuropsychologique. Elles concernent l'observation de « l'acquisition libre, le rôle physiologique de la motricité et l'imitation libre » ( Barthélémy C. & al., 1995, page 16).

## 2.4. Tableau récapitulatif des différents courants théoriques de prise en charge des enfants porteurs de troubles autistiques

	Courant EDUCATIF		Courant PSYCHODYNAMIQUE	Courant INTEGRATIF
	Thérapies Comportementales	Thérapies Développementales	Thérapies Analytiques	Alliance de divers courants théoriques
Programmes ou Méthodes les plus connus	ABA (Lovaas) → États-Unis	TEACCH (Schopler) → États-Unis	Thérapie Institutionnelle → Europe	Thérapie d'Echange et de Développement → France
Date d'apparition de la méthode	Années 60	Années 70	Années 50	Années 70
Fondements théoriques	Béhaviorisme Conditionnement opérant	Néo-comportementalisme Cognitivisme	Théories analytiques freudiennes et lacaniennes	Courant neuro-développemental

Tableau 2: Les différents courants théoriques

### **3. Histoire de la pédopsychiatrie**

#### **3.1. La pédopsychiatrie d'hier à aujourd'hui**

##### **3.1.1. L'enfant**

Jusqu'au Moyen-Age, l'enfant n'était pas considéré comme un sujet, une personne. Il était marginalisé et ne faisait l'attention que d'un apport alimentaire et hygiénique nécessaire à sa survie. Le taux de fécondité étant élevé et la mortalité infantile très forte, on ne créait pas de liens psycho-affectifs avec les nouveau-nés et les jeunes enfants. Ce n'est que lorsque l'enfant atteignait un âge plus avancé qu'il était inséré dans la société et prenait sa place dans la famille. En ce qui concerne les enfants atteints de maladies et notamment de maladies mentales, ils étaient mis au rebus, abandonnés, parfois même tués. A l'époque, les instances religieuses alors très influentes sur la société, estimaient que ces enfants n'étaient que chair et ne méritaient pas la vie.

Ce n'est qu'au Siècle des Lumières, durant le XVIIIème siècle, que les philosophes commencèrent à accorder une attention particulière à l'enfant « pour lui-même et [...] ses potentialités » (Houzel D. & al., 2000, page 557). A l'époque, Locke, philosophe anglais, pense que « dans chaque enfant existe un génie naturel dont il faut tenir compte » (Houzel D. & al., 2000, page 557). On commence à observer l'enfant, à tenter de comprendre son évolution au sein du milieu familial. On se soucie de son traitement et de ses conditions de vie. Cependant, dans la plupart des cas, l'enfant malade déclenche toujours un sentiment de peur divine et de haine: il continue à être persécuté et interné. Seules quelques figures, qui seront plus tard considérées comme les précurseurs de la pédopsychiatrie, se détachent de cette mouvance...

##### **3.1.2. Naissance de la pédopsychiatrie**

C'est avec la prise en charge des « enfants idiots » que la pédopsychiatrie connaît ses débuts. Tout commence avec l'histoire de Victor de l'Aveyron, en 1797. D'après Itard (1801), médecin français de l'époque, Victor est un enfant d'une dizaine d'années, retrouvé dans l'Aveyron, vivant à l'état sauvage. Il n'a pas de langage articulé et présente un retard sensori-moteur. Il se nourrit entre autres, de racines et n'est vêtu que de haillons. Après sa découverte et sa capture, l'enfant est

emmené à Paris, afin de faire l'objet d'observations médicales. L'enfant est d'abord confié à Pinel, aliéniste\* français, qui diagnostique un « idiotisme incurable ». Par la suite Victor est remis aux mains d'Itard, qui affirme que « l'enfant sauvage était un prétendu idiot; son existence privée de tout contact humain expliquait son idiotisme » (Houzel D. & al., 2000, page 557). Il décide donc de prendre en charge cet enfant et d'« éveiller son esprit » (Houzel D. & al., 2000, page 557). Plus tard, Itard est considéré comme le premier pédopsychiatre français.

Au XIX<sup>ème</sup> siècle, Belhomme puis Falret, médecins français, s'intéresseront de près aux troubles mentaux de l'enfant. Les premiers services de prise en charge des enfants dits « idiots » apparaissent dans la capitale. Ferrus, aliéniste et médecin français, affecté par les conditions de vie de ces enfants, crée un centre spécialisé dans l'accueil et l'éducation d'enfants idiots. Il pense que « l'idiotie est une sorte d'engourdissement qui ne touche en rien l'humanité de ses jeunes malades » (Houzel D. & al, 2000, page 558). Petit à petit, on se préoccupe du sort de ces enfants. A la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle, Bourneville, neurologue français, crée le premier institut médico-pédagogique, à Vitry dans le Val de Marne.

Au-delà du point de vue strictement médical, on peut observer, au fil des siècles, un intérêt grandissant pour l'apport éducatif et psychologique aux enfants porteurs de troubles mentaux. La littérature cite notamment les travaux de Seguin, instituteur puis psychiatre américain d'origine française et Binet, pédagogue et psychologue français. Tous deux ont œuvré afin de mettre en place des outils d'évaluation des capacités et des besoins des enfants idiots et des méthodes de prise en charge éducatives: Seguin a pratiqué l'enseignement auprès d'enfants malades mentaux et Binet a contribué à l'élaboration d'une des premières échelles psychométriques. Ainsi, à la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle, la multiplication des travaux sur les enfants tout venants et malades, contribue à promouvoir les multiples capacités des enfants et à modifier leur statut dans la société.

Au début du XX<sup>ème</sup> siècle, on voit apparaître divers traités et encyclopédies, spécifiquement consacrés aux maladies mentales chez l'enfant. L'idée que les troubles mentaux des enfants ne peuvent être comparés à ceux des adultes commence à se diffuser à travers le monde: l'adulto-morphisme jusqu'alors fortement présent dans la description des maladies mentales infantiles est peu à peu écarté. Les termes de schizophrénie infantile puis de psychose précoce font leur apparition. Si la notion de schizophrénie infantile est vite écartée, celle de psychose précoce

s'installe dans le jargon médical, promue par le courant psychanalytique et les travaux de Kanner, pédopsychiatre d'origine austro-hongroise.

Concernant le courant psychanalytique, d'aucuns considèrent que « l'œuvre freudienne a complètement modifié l'approche des troubles mentaux de l'enfant » (Houzel D. & al., 2000, page 559), qu'elle a joué un rôle primordial dans les connaissances que l'on a acquises au sujet du développement de l'enfant. Freud, neurologue et psychiatre autrichien, est également reconnu pour ses travaux sur le rôle joué par l'environnement de l'enfant, sur son développement. Par la suite, les travaux psychanalytiques au sujet de l'enfant se sont multipliés avec les recherches de Klein, Winnicott, Bowlby, Spitz...

Finalement, c'est en 1925 que la pédopsychiatrie obtient un statut officiel en France, lorsque fut ouverte la Clinique annexe de neuropsychiatrie infantile, à Paris. Sa direction fut confiée à Heuyer, pédopsychiatre français, qui fut par la suite le premier titulaire de la Chaire de psychiatrie de l'enfant.

## **3.2. L'hôpital de jour (HJ)**

### **3.2.1. Un peu d'histoire**

L'hôpital de jour a fait son apparition dans les années 1960, grâce à la détermination de Roger Misès, pédopsychiatre français. Ce type de structure et les outils dont elle dispose sont donc récents dans l'histoire de la psychiatrie. D'autres grands psychiatres français ont également œuvré dans la création des hôpitaux de jour, tels que Serge Lebovici, René Diatkine ou encore Jacques Hochmann (Marciano P., 2009), tous de formation psychanalytique.

Il est important de préciser que Serge Lebovici est à l'origine de l'ouverture du premier établissement dit « psycho-dynamique » (Marciano, 2009, page 21), dont l'initiative a ensuite été reprise et précisée par Roger Misès, considéré comme le fondateur de l'hôpital de jour pour adultes. Par ailleurs, c'est Michel Soulé, également pédopsychiatre, qui a permis la création du premier hôpital de jour destiné à la petite enfance, parallèlement à la période de création des Centres d'Action Médico-Sociale Précoce ou CAMSP, dans les années 1970.

Les hôpitaux de jour pour enfants sont des établissements qui dépendent du secteur de psychiatrie infanto-juvénile. Dès leur création, ils ont eu pour mission

d'accueillir des enfants présentant « des troubles de la personnalité ou des syndromes autistiques » (Marciano, 2009, page 23).

Selon Paul Marciano (2009), pédopsychiatre et psychothérapeute français, plusieurs facteurs sont à l'origine de la création de ces établissements. Tout a commencé dans le domaine de la psychiatrie pour adultes. Tout d'abord, Paul Marciano évoque la volonté des équipes de psychiatrie de mettre à disposition des patients un lieu d'accueil moins stigmatisant et moins isolant que les hôpitaux qui les recevaient auparavant. En effet, encore après la première moitié du XX<sup>ème</sup> siècle, les hôpitaux psychiatriques portaient une forte connotation asilaire auprès de l'opinion publique, véhiculant une image négative vis-à-vis des patients internés. C'est durant la Seconde Guerre Mondiale, suite à la découverte des camps de concentration, qu'une prise de conscience du corps médical a vu le jour, au sujet des conditions de vie délabrantes des patients internés et de l'« aspect concentrationnaire » (Marciano, 2009, page 38) des hôpitaux psychiatriques. A partir de moment-là, on a vu évoluer considérablement les mœurs et la notion d'éthique concernant les personnes malades: une volonté de soigner les patients au plus près de leurs familles et de leurs domiciles a émergé au sein des équipes soignantes, d'autant plus que l'hôpital s'est vu en charge de personnes de plus en plus jeunes, allant jusqu'au petit enfant.

De plus, les soignants ont mis en évidence, concernant la multiplication des séjours hospitaliers à plein temps, qu'aucun bénéfice n'avait été prouvé, ni même constaté, auprès des patients. A cela s'ajouta l'observation de multiples cas d'hospitalisme\*, l'hospitalisation à plein temps et sur une longue durée ayant des effets néfastes sur le patient et sa situation psychologique, médicale et sociale. L'auteur parle « d'authentiques effets iatrogènes » ayant retenti sur les patients internés (Marciano, 2009, page 18). Ainsi, l'hôpital de jour devait accueillir les patients à temps partiel.

Enfin, il avait été constaté une inégalité considérable entre le coût engagé par le maintien d'une équipe soignante 24h/24h auprès des patients et la qualité des soins dispensés, qui se limitaient à couvrir les besoins primaires de chacun des malades. Les soignants ont mis en avant leur désir de vouloir accompagner les patients dans des activités qui pourraient leur être bénéfiques sur les plans psychologique et social, et de ne plus être réduits qu'à permettre leur survie dans les



locaux hospitaliers. Il était impératif de pouvoir mettre en place des programmes thérapeutiques plus ciblés et mieux définis: « il s'agissait donc d'ouvrir l'hôpital sans perdre de vue son essentiel aspect protecteur et sécurisant, tout en lui demandant de fonctionner au plus près de la réalité extérieure » (Marciano, 2009, page 38).

A partir de ces constats, plusieurs objectifs sont venus définir l'essence même du rôle de l'hôpital de jour:

- revaloriser le rôle et le travail fournis par les équipes soignantes,
- impliquer le patient en tant que sujet dans sa prise en charge, et sa vie au quotidien,
- mettre en place des réunions d'échange et d'expression des ressentis entre professionnels mais aussi avec le patient, afin d'observer les enjeux relationnels au sein de l'institution,
- créer des groupe de travail et d'activités en faisant appel aux apports de la psychanalyse: travailler sur « le rapport à l'autre », « l'être ensemble », « repérer leur (les patients) espace psychique personnel, leur individualité; ce en quoi ils ressemblaient à leurs voisins, et ce en quoi ils étaient autres » (Marciano, 2009, page 41).

Finalement, face à la demande croissante de prise en charge de jeunes enfants, il s'est avéré nécessaire de mettre en place des hôpitaux de jour spécifiquement destinés à la prise en charge infantile. Au cours des premiers temps de prise en charge des enfants, il avait été remarqué que peu de place était accordée aux parents, à leur accueil, leur soutien et leur écoute. A partir de ces observations, la relation parents/soignants a choisi d'être privilégiée au sein des hôpitaux de jour pour enfants.

### **3.2.2. Le cadre législatif**

Au fil des années, plusieurs textes législatifs ont été édictés, précisant les fonctions des hôpitaux de jour et établissant le cadre légal des secteurs de psychiatrie. Les premiers textes concernaient les hôpitaux de jour pour adultes, puis on a vu apparaître le cadre législatif des hôpitaux de jour pour enfants, qui s'est précisé au cours des ans. Dans son ouvrage, Paul Marciano retrace les grandes étapes de ces parcours législatifs.

Le 15 mars 1960, le Ministère de la Santé a émis une circulaire\* « relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte

contre les maladies mentales ». Ce texte dresse un constat des structures psychiatriques pour adultes, en place à l'époque, et des avancées éthiques et pharmaceutiques concernant les maladies mentales. Il établit les besoins de la population française en terme de nombre de lits, de personnels et de type de prise en charge (ambulatoire, internat...). Il en résulte la nécessité de:

- réaménager le rôle de l'hôpital psychiatrique afin qu'il perde sa connotation asilaire,
- de développer le réseau psychiatrique afin qu'il soit accessible dans tous les départements du pays, on parle de sectorisation de la psychiatrie,
- de mettre en place des prises en charge plus précoces et personnalisées aux besoins de chaque malade,

le point crucial étant de « séparer le moins possible le malade de sa famille et de son milieu » et de remédier à « l'encombrement du ou des hôpitaux psychiatriques existants » (Ministère de la Santé, circulaire du 15 mars 1960).

C'est dans cette circulaire que les hôpitaux de jour sont évoqués pour la première fois en France, en référence aux États-Unis, aux Pays-Bas et au Royaume-Uni où ces structures existaient déjà. Le texte annonce la création de deux établissements pilotes dans la région parisienne. L'hôpital de jour est défini comme « un organisme de traitement, où les malades sont traités dans la journée, pour regagner leur foyer chaque soir » et dont « la création et le fonctionnement [...] sont relativement peu onéreux » du fait de la fermeture de l'établissement la nuit, et de la distribution d'un seul repas (celui du midi) contre les trois repas en hospitalisation complète (Ministère de la Santé, circulaire du 15 mars 1960).

A partir de cet état des lieux, le texte annonce la nécessité de se préparer au développement des hôpitaux de jour sur tout le territoire français, au niveau des zones démographiques importantes.

Le 16 mars 1972, une autre circulaire est émise: la « circulaire n°443 du 16 mars 1972, relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies et déficiences mentales des enfants et des adolescents » visant à améliorer le réseau de soins médico-social et notamment à préciser le rôle du secteur de psychiatrie infanto-juvénile. Cette fois, il s'agit de mettre en place le cadre législatif des hôpitaux de jour à destination des enfants, sur le modèle des structures pour adultes. Ainsi, ce texte insiste sur l'importance de « maintenir l'enfant dans son milieu familial et dans son milieu scolaire habituel,

chaque fois que c'est possible du point de vue médical et du point de vue social » et d'« apprécier à leur juste valeur les troubles de la personnalité » (Ministère de la santé, circulaire du 16 mars 1972, page 4211). La place de l'hôpital de jour et des centres médico-sociaux sont développés. Voici un extrait de la circulaire n°443:

*« Il accueille les sujets atteints de maladie mentales évolutives: psychoses, névroses graves, déficiences intellectuelles dysharmoniques avec troubles prévalents de la personnalité quel que soit le chiffre du quotient intellectuel. Il s'agit d'enfants ou d'adolescents dont l'état requiert la mise en œuvre de thérapeutiques médicales complexes et intensives. Il faut pouvoir disposer de toutes les techniques de la psychiatrie infanto-juvénile et en particulier des techniques d'inspiration psychanalytique.*

*La primauté de la dimension thérapeutique est donc indiscutable. Ceci n'exclut pas, bien au contraire, la présence d'un personnel éducatif et enseignant qui s'intègre à l'action thérapeutique »* (Ministère de la santé, circulaire du 16 mars 1972, page 4212).

On peut remarquer que sur une décennie, la définition de l'hôpital de jour a été approfondie: dorénavant, ce type de structure concerne une population ciblée et fixe le cadre de soins qui doit être offert aux enfants et adolescents concernés.

Finalement, c'est en 1992, que la description du rôle et du fonctionnement de l'hôpital de jour se révèle la plus aboutie. Elle est émise dans la circulaire n°70, du 11 décembre 1992, « relative aux orientations de la politique de santé mentale en faveur des enfants et adolescents » (Ministère de la Santé). Ce texte promeut le secteur psychiatrique infanto-juvénile et le veut au plus proche des enfants et de leur famille. Il détaille les différents points forts que se doit d'avoir le domaine de la pédopsychiatrie, et dont l'hôpital de jour fait partie<sup>6</sup>.

### **3.2.3. L'hôpital de jour pour enfants, aujourd'hui**

L'hôpital de jour est un lieu de soins, qui se situe à l'extérieur de la structure même de l'hôpital psychiatrique dont il dépend. Il est une structure qui dispense des soins à temps partiel: c'est-à-dire que l'hôpital de jour accueille les enfants plusieurs fois par semaine, sur une demi-journée ou une journée complète. Les enfants sont accueillis par une équipe spécialisée:

- un pédopsychiatre,

<sup>6</sup> Des extraits choisis de la circulaire sont en annexe 1.

- un psychologue,
- des infirmiers,
- un ou des psychomotriciens,
- un ou des orthophonistes,
- un ou des éducateurs spécialisés,
- un ou des professeurs des écoles spécialisés
- un assistant social,
- une secrétaire médicale.

Généralement, les enfants reçus en hôpital de jour, présentent des pathologies importantes. Les activités proposées prennent en compte les aménagements nécessaires aux difficultés des enfants: mise en place d'une stabilité spatiale et temporelle, travail en petit groupe, séances ciblées sur « l'image du corps, les enveloppes corporelles défailantes, la fonction contenante démantelée, les dyspraxies et autres retards de langage » (Delion, 2010, page 220). Selon Marciano, on peut classer en trois catégories, les soins et activités proposés aux enfants:

- « les activités à visée ostensiblement psychothérapeutiques », telles que les ateliers histoires, contes et comptines, théâtre et marionnettes,
- « les activités orientées vers la prise en charge du corps », telles que les séances chants et danse, packing\*, pataugeoire, équithérapie,
- les activités « à coloration plus spécifiquement éducative et pédagogique », telles que les activités scolaires ( Marciano, 2009, page 115).

Il n'existe pas, actuellement, de références déterminées et standardisées pour la prise en charge en hôpital de jour. Ainsi, les pratiques mises en place au sein de ce type de structure peuvent varier d'un établissement à l'autre. En revanche, il a été remarqué l'utilisation de « grandes lignes directrices »:

- « le travail thérapeutique avec les enfants,
- l'accompagnement et le soutien des parents,
- l'organisation des liens et des rapports avec les différents partenaires dont l'école qui reste le principal » (Marciano, 2009, page 56).

### **3.3. Les Centres Médico-Psychologiques (CMP)**

#### **3.3.1. Un peu d'histoire**

L'histoire des CMP débute à la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle, lorsque Bourneville, neurologue français, crée à Vitry, le premier institut médico-pédagogique (Houzel D. & al., 2000, page 558) à destination des enfants présentant des troubles mentaux. Mais ce n'est que quelques décennies avant la création des hôpitaux de jour, que les CMP obtiennent un statut légal: c'est en 1936 qu'ils apparaissent aux yeux de l'Etat, alors nommés « dispensaire d'hygiène mentale » (Deïlon, 2010, page 215).

Les CMP sont la figure emblématique d'une volonté de développer les soins en ambulatoire, notamment en ce qui concerne la prise en charge des enfants et des adolescents. Leur rôle a, par la suite, pu être précisé, parallèlement à la création des hôpitaux de jour. La mise en place de ces derniers a permis de renforcer l'idée de nécessité de réduire les hospitalisations à temps plein.

Bien plus tard, dans le but de renforcer l'autonomie des patients accueillis en secteur psychiatrique et de favoriser leur bien-être, il a été créé les Centres d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiels (CATTP). Ces établissements ont légalement vu le jour le 14 mars 1986, dans le décret n°86-602 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique (Centre Hospitalier Alpes-Isère, <http://www.ch-saint-egreve.fr>). Les CATTP apportent une aide thérapeutique, en complémentarité avec l'action des CMP. Ce type de prise en charge se veut cependant plus ponctuelle que la prise en charge en CMP ou HJ. Les membres de l'équipe intervenant dans les CATTP sont ceux qui exercent dans le CMP de secteur. Le CATTP propose des temps d'activités en groupe, à visée thérapeutique, sur une demi-journée. Des activités artistiques, ludiques ou ayant trait au quotidien peuvent être proposées, telles que des ateliers musique, peinture, la pratique du vélo ou encore des ateliers cuisine.

#### **3.3.2. Cadre législatif**

Les CMP sont apparus pour la première fois, dans les textes législatifs, avec la circulaire Marc Rucart, en 1936. Cette circulaire définit le rôle des médecins psychiatres, au sein des dispensaires d'hygiène mentale: à l'époque, le Ministère de la Santé expliquait que le rôle des psychiatres était de relayer la prise en charge des patients tout juste sortis des hôpitaux psychiatriques. Ce rôle a, par la suite été

confirmé par les circulaires de mars 1960 et mars 1972, justifiant la création des secteurs de psychiatrie (Delion P., 2010, page 215-216).

La circulaire du 15 mars 1960, « relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales » (Ministère de la santé), liste les différents établissements de santé destinés à l'accueil et la prise en charge des enfants porteurs de maladies mentales. Elle cite les dispensaires d'hygiène mentale et détermine les localisations géographiques auxquelles ils sont soumis, en fonction de la démographie de chaque région du pays. Cette circulaire permet ainsi d'accroître leur développement au sein du territoire français afin de permettre à la population de bénéficier d'un meilleur accès aux soins.

La circulaire n°443 du 16 mars 1972, « relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies et déficiences mentales des enfants et des adolescents » (Ministère de la santé), souligne l'accroissement des demandes de prise en charge dans les dispensaires d'hygiène mentale, augmentation d'activité qui conduit le Ministère de la Santé à conclure qu'ils sont « l'élément de base du dispositif de secteur » (Ministère de la santé, circulaire du 16 mars 1972, page 4212). Aux vues de cette progression importante de l'activité des dispensaires, la circulaire recommande à chaque secteur de psychiatrie de disposer de plusieurs établissements de ce type.

Enfin, la circulaire n°70, du 11 décembre 1992, « relative aux orientations de la politique de santé mentale en faveur des enfants et adolescents » (Ministère de la santé), précise le rôle du CMP et son fonctionnement interne. Elle permet d'apposer un cadre bien défini de ce qui doit être mis à la disposition de la population<sup>7</sup>.

On remarque que les dates importantes, ayant marqué la mise en place d'un cadre légal, tant des CMP que des hôpitaux de jour, évoqués par Delion et Marciano sont les mêmes. Ainsi, ces deux types de structures qui ont marqué l'histoire de la psychiatrie et qui sont toujours les piliers de cette discipline, se sont développés conjointement.

### 3.3.3. Les CMP aujourd'hui

Les CMP sont actuellement considérés comme le « pivot de la psychiatrie du secteur infanto-juvénile » (Delion, 2010, page 215). Ils jouent un rôle primordial au sein du territoire français.

<sup>7</sup> Cf extrait choisi de la circulaire n°70 du 11 décembre 1992 en annexe 2.

Les CMP sont des établissements qui dispensent des soins au patient, au plus proche de leur famille et de leur domicile. Les professionnels qui travaillent en CMP, ont pour rôle de prendre en charge les patients sortant de l'hôpital de jour ou ayant besoin d'une prise en charge qui ne justifie pas une hospitalisation. Ainsi, les CMP sont un lieu de soins ambulatoires: le patient y vient pour bénéficier d'une ou plusieurs prises en charge dans la journée puis retourne à son domicile.

Il existe des CMP pour adultes, pour enfants et adolescents.

Les patients sont accueillis par une équipe spécialisée qui est la même que celle rencontrée dans les hôpitaux de jour.

Les patients peuvent bénéficier d'une prise en charge pluridisciplinaire.

Le CMP a pour vocation d'accueillir, d'évaluer et de prendre en charge, en accord avec la famille, les patients présentant une « souffrance psychique » (Delion, 2010, page 216). Cette mission première s'est étendue à la prise en charge d'autres pathologies qui prennent une grande place à l'heure actuelle dans l'emploi du temps des professionnels et notamment des orthophonistes.

## 4. Conclusion

Il existe de nombreux courants de pensée concernant la prise en charge des enfants autistes, chacun s'inspirant de théories diverses.

Ces différentes méthodes de prise en charge suivent une ligne directrice de travail, mettent en place un aménagement particulier des séances et utilisent des outils spécifiques aux théories auxquelles elles se réfèrent. Cependant, la plupart d'entre elles incluent dans leur programme de rééducation des temps destinés à des intervenants extérieurs, faisant appel à d'autres références, qu'elles soient à composante comportementaliste, éducative ou encore psychothérapique. Ainsi, au-delà des débats ardents faisant échos actuellement, on peut observer au travers de la littérature contemporaine, une volonté de coopération entre les divers courants de pensée, afin de pouvoir mettre en place des prises en charge répondant aux besoins de chaque enfant porteur de troubles autistiques, si différents soient-ils.

Après avoir réalisé un inventaire des diverses méthodes et structures destinées aux enfants porteurs de troubles autistiques, nous allons voir dans quelles mesures les structures font appel aux méthodes et quelle place est réservée à l'orthophoniste dans cette situation.

# Sujets et méthodes



# 1. Réalisation de l'enquête

## 1.1. Objectifs

L'élaboration de ce mémoire a pour objectifs de répondre à deux interrogations principales et un projet de mise en place de CD-Rom:

- comment les enfants porteurs de troubles autistiques sont-ils pris en charge au sein du service public de la Métropole lilloise?
- y a-t il un sentiment de manque d'informations qui fait naître une demande de formation?
- dans le cas d'une réponse positive à cette deuxième question, nous nous proposons de créer une maquette CD-Rom, à destination des orthophonistes, au sujet de la prise en charge des enfants autistes.

## 2.1. Moyens

Pour des raisons de faisabilité et dans le souci d'obtenir des données rigoureuses, nous avons finalement décidé de réaliser un état des lieux de la prise en charge des enfants autistes de 3 à 18 ans, sur la Métropole lilloise, dans les CMP et les HJ.

Afin de récolter les informations dont nous avons besoin pour établir cet état des lieux des modalités de prise en charge des enfants autistes, nous avons créé un questionnaire. Celui-ci a été destiné aux orthophonistes des CMP et HJ de la Métropole lilloise, qu'ils prennent ou non en charge des enfants porteurs de troubles autistiques. S'ils prenaient en charge des enfants autistes, l'intérêt était d'apprendre de quelles manières ils étaient amenés à travailler, et s'ils rencontraient ou non des difficultés.

Parallèlement à la distribution de ce questionnaire, nous avons participé activement à la réunion bimestrielle de l'intersecteur de psychiatrie infanto-juvénile de la Métropole. Cette rencontre a eu lieu le 14 octobre 2010, dans l'EPSM<sup>8</sup> de Marquette<sup>9</sup>. Elle rassemble les orthophonistes exerçant en CMP et HJ. Le principe de ce temps était basé sur l'échange. Il était question que nous fassions part de notre travail pour le mémoire, de nos observations à ce point des recherches et de nos

8 EPSM : Etablissement Public de Santé Mentale

9 Commune au sein de la Métropole lilloise

stages<sup>10</sup>. En retour, les orthophonistes ont accepté de témoigner à propos de leur pratique professionnelle, auprès ou non d'enfants porteurs de troubles autistiques: de leurs méthodes, de leurs difficultés éventuelles, de leur questionnement.

Enfin, nous avons réalisé des interviews auprès des orthophonistes volontaires ainsi que du directeur du Centre Ressources Autismes (CRA) Nord-Pas-de-Calais, dans le but d'étayer les réponses récoltées via les questionnaires.

### 2.1.1 Élaboration du questionnaire

Le questionnaire que nous avons créé se devait de répondre à plusieurs critères essentiels afin de garantir un taux de participation élevé:

- la rapidité de remplissage: le questionnaire ne devait pas demander plus de dix minutes pour être lu et complété par les orthophonistes, il devait se présenter de manière aérée, comporter des questions de formulation complète mais simple et des réponses fermées (binaires ou à choix multiples),
- la possibilité d'ouvrir une discussion dans le but d'alimenter la réflexion: nous avons systématiquement introduit un champ « autre » dans les réponses proposées, une question ouverte (« Auriez-vous des références/des lectures à me conseiller? ») et un cadre d'expression libre à la fin du questionnaire (« Suite à ce questionnaire, avez vous des commentaires ou des suggestions? »),
- l'anonymat: aucun nom, ni âge, ni sexe ne devait être associé aux questionnaires.

La version définitive du questionnaire<sup>11</sup> comporte trois parties, dix-huit questions à choix binaire ou multiple et un cadre d'expression libre constitué de deux questions ouvertes.

La première partie s'intitule « Votre formation ». Elle doit nous permettre de dégager le profil de l'orthophoniste concerné, c'est-à-dire l'année d'obtention de son diplôme, son type d'activité professionnelle, le temps passé dans l'institution cible (ici les CMP et les HJ) et son intérêt pour la psychiatrie (thème central du mémoire traité à travers la prise en charge de l'autisme). Cette partie constitue le préambule du questionnaire.

---

10 Dans le cadre de ce mémoire, nous avons effectué un stage au sein d'un IME dans lequel a été créé un service d'accueil spécialisé dans les TED.

11 Cf annexe n°3

La seconde partie se titre « Prise en charge orthophonique de l'autisme ». Ici, il s'agit de centrer les questions sur l'activité professionnelle quotidienne de l'orthophoniste à propos de l'autisme. Dans un premier temps, il est intéressant de pouvoir s'informer sur le fonctionnement de l'établissement dans lequel travaille l'orthophoniste puis de ramener les questions à sa propre activité: le ressenti à propos de la prise en charge d'enfants porteurs de troubles autistiques, les bilans effectués, l'organisation des séances, le matériel utilisé.

La troisième partie est nommée « Autisme et actualités ». Dans cette partie, il est question d'observer le type et la fréquence d'informations recherchées par les orthophonistes et de constater ou non l'émergence d'une demande d'informations et la justification ou non de créer une maquette CD-Rom d'informations sur la prise en charge des enfants porteurs de troubles autistiques. Cette dernière partie se clôt par une proposition de diffusion du mémoire après la soutenance, dans le but de mettre en place une réelle dynamique d'échange avec les orthophonistes ayant participé à l'enquête. A ce titre, il est demandé aux orthophonistes, dans le dernier item de la partie, de renseigner leur adresse électronique s'ils désirent recevoir la version définitive du mémoire. Bien entendu, dans le soucis de préserver l'anonymat des participants, nous n'avons pas intégré ces informations au dépouillement des questionnaires.

### **2.1.2. Distribution des questionnaires**

L'objectif était de diffuser le questionnaire à tous les orthophonistes travaillant en CMP ou HJ, sur la Métropole lilloise. Afin d'obtenir une liste exhaustive de ces établissements, nous avons pris contact avec le service communication de l'EPSM de l'Agglomération lilloise situé à Saint-André qui nous a transmis la liste des CMP et HJ de la Métropole lilloise. Au total, nous avons comptabilisé dix-sept CMP et cinq HJ pour enfants<sup>12</sup>.

En la possession de ce listing, nous avons choisi de prendre contact avec les orthophonistes, par téléphone dans un premier temps.

Cette première démarche téléphonique s'est montrée utile pour vérifier la présence ou non d'orthophonistes dans chacun des établissements, ainsi que pour présenter le mémoire aux professionnels concernés.

---

12 Cf annexe n°4

Au total, nous avons contacté dix-huit orthophonistes et envoyé vingt-quatre questionnaires sur la Métropole lilloise. Le nombre de personnes contactées est inférieur au nombre d'établissements et à celui des questionnaires envoyés. En effet, mis à part un établissement dépourvu d'orthophoniste, les autres structures avaient à leur disposition, certains orthophonistes à mi-temps, d'autres à plein temps, certains sur un seul établissement, d'autres travaillant sur plusieurs des sites recensés. Ainsi, nous avons finalement réussi à joindre au moins un orthophoniste par établissement (certains travaillant sur plusieurs établissements), à qui nous avons confié éventuellement un ou deux questionnaires supplémentaires pour leurs collègues. Cependant, nous n'avons pas pu comptabiliser de manière certaine, le nombre d'orthophonistes exerçant dans les CMP et HJ, sur la Métropole lilloise, les contrats et lieux de travail pouvant s'avérer véritablement complexes d'un professionnel à l'autre.

### **2.1.3. Retour des questionnaires**

Au total, sur les vingt-quatre questionnaires distribués au sein de la Métropole lilloise, vingt-trois ont été retournés.

### **2.1.4. Préparation de la réunion intersectorielle**

Lors de la préparation de cette rencontre, il est apparu intéressant de pouvoir proposer aux orthophonistes présents des supports qui leur permettraient de s'informer sur les différentes formes de prise en charge de l'enfant autiste. En effet, à cette période de l'année, nous avons déjà réceptionné quelques questionnaires dont il émergeait une demande d'informations. C'est pourquoi nous avons opté pour la création d'une plaquette bibliographique.

La plaquette<sup>13</sup> bibliographique que nous avons réalisée est composée de deux parties principales: la première est composée de références bibliographiques tirées de nos lectures personnelles et de nos recherches, la seconde met à disposition des orthophonistes des adresses de sites internet dédiés à l'autisme. Ce document n'a pas la prétention d'être exhaustif. Il a été conçu de manière à répondre à diverses interrogations sur l'autisme, que ce soit en terme d'étiologie, d'histoire, de prise en charge, de parentalité ou encore de formations et de matériels. Aucune censure vis-à-vis d'un courant de pensée n'a été réalisée, le but étant d'apporter des réponses

13 Pièce jointe au mémoire.

aux interrogations les plus fréquemment rencontrées lors de discussions auprès des orthophonistes.

Concernant les plaquettes relatives aux formations destinées aux orthophonistes, nous avons choisi de contacter les organismes dont nous avons pu voir les outils mis à profit des enfants porteurs de troubles autistiques, afin de faire part de nos expériences de stage dans ce domaine, ainsi que de distribuer les plaquettes diffusées initialement par le CRA Nord-Pas-de-Calais.

### **2.1.5. Déroulement de la réunion**

Seize personnes étaient présentes dont Madame Lorendeau et moi-même, onze orthophonistes de la Métropole lilloise et trois orthophonistes travaillant en CMP et HJ, hors Métropole mais dans la région Nord-pas-de-Calais. La rencontre s'est déroulée sur deux heures environ.

Après avoir réalisé un tour de table, nous avons présenté le sujet du mémoire, ainsi que le questionnaire.

Dans un second temps, il a été question d'obtenir un témoignage sur la prise en charge orthophonique des enfants autistes, à partir de la question suivante « Comment se passe la prise en charge des enfants autistes dans votre pratique? ».

### **2.1.6. Retours sur la réunion**

Notre intervention a été appréciée par l'ensemble des orthophonistes présents. Chacun a participé et un bon accueil a été réservé aux différents supports d'informations qui ont été apportés. Nous avons également pu faire part des outils et des pratiques que nous voyions mis en place auprès des enfants lors de notre stage. Finalement, une demande d'informations a émergé au sein du groupe, auprès de Madame Lorendeau, afin qu'elle intervienne sur la prise en charge orthophonique des enfants porteurs de troubles autistiques. Nous avons nous-mêmes été sollicitée pour une demande d'informations complémentaires au sujet de notre pratique en stage.

### **2.1.7. Apports de la réunion**

Cette rencontre nous a permis de collecter des informations au sujet de la prise en charge orthophonique des enfants porteurs de troubles autistiques, ainsi

que d'être à l'écoute des interrogations et des difficultés rencontrées au quotidien par les orthophonistes. Ces informations interviennent ultérieurement<sup>14</sup>, dans l'étayage des résultats obtenus aux questionnaires.

La réunion nous a également permis de nous confronter à la réalité du métier d'orthophoniste en CMP et HJ de la Métropole, auprès d'enfants autistes que ce soit dans ses moments de difficultés ou de satisfaction et d'épanouissement professionnels.

### **2.1.8. Déroulement des interviews des orthophonistes**

Au départ, il était question de réaliser des interviews de chacun des orthophonistes sollicités. Finalement, six orthophonistes de la Métropole lilloise ont accepté que l'on se rencontre personnellement, dont trois orthophonistes exerçant en HJ et trois orthophonistes travaillant en CMP.

Les rencontres se sont toujours déroulées sur le lieu de travail des professionnels, sur un temps allant de vingt à soixante minutes, selon les disponibilités des orthophonistes. Certains orthophonistes en HJ nous ont permis de visiter les locaux, démarche que nous avons particulièrement appréciée et dont nous les remercions.

Les interviews ont toutes été basées sur la même trame: le questionnaire ainsi qu'un document que nous avons créé parallèlement au questionnaire, intitulé « Entretien: les points-clefs à développer »<sup>15</sup>. Tout ces points n'ont pas pu être systématiquement développés. En effet, il était question d'inviter les professionnels à une discussion, un partage de connaissances et non de les soumettre à un interrogatoire.

### **2.1.9. Apports des interviews**

Les différentes interviews nous ont permis d'enrichir nos connaissances sur les pratiques rééducatives, éducatives et thérapeutiques que l'on peut rencontrer en CMP et HJ, à destination des enfants porteurs de troubles autistiques, ainsi que de dégager les différentes modalités offertes par les CMP et HJ actuellement, en terme

---

14 Cf « Résultats » §1.3.

15 Cf Annexe n°5

de prise en charge. Tout comme les informations récoltées lors de la réunion intersectorielle, les informations tirées des interviews apparaissent ultérieurement<sup>16</sup>.

## 2. 2. Tableau récapitulatif concernant la distribution et le retour des questionnaires.

<b>Nombre d'EPSM</b> dont: - 17 CMP - 5 HJ	<b>22</b>
<b>Nombre d'orthophonistes contactés</b> dont: - <b>18</b> travaillant dans la Métropole - 3 travaillant hors Métropole mais en région Nord-pas-de-Calais (NPDC)	21
<b>Nombre de questionnaires distribués</b> dont: - <b>24</b> dans la Métropole - 3 hors Métropole mais dans la région NPDC	27
<b>Nombre de questionnaires retournés</b> dont: - <b>23</b> dans la Métropole - 3 hors Métropole mais dans la région NPDC	26

Tableau 3: Tableau récapitulatif concernant la distribution et le retour des questionnaires.

Ce tableau nous permet d'observer clairement la répartition des questionnaires sur la Métropole lilloise et à l'extérieur de celle-ci, concernant les deux établissements cibles de notre enquête, ainsi que le nombre d'orthophonistes ayant participé.

<sup>16</sup> Cf « Résultats » §1.3.

# Résultats



## 1. L'enquête

### 1.1. Dépouillement des questionnaires

Les résultats fournis par les questionnaires récoltés dans la Métropole ont été privilégiés (23/26), tandis que les questionnaires récoltés hors Métropole (3/26), ont été l'occasion d'observer ou non une corrélation des résultats. Cependant, nous avons trouvé important de pouvoir observer les réponses des quatre points de vue dont nous disposions:

- le point de vue des orthophonistes travaillant en HJ, dans la Métropole lilloise,
- le point de vue des orthophonistes travaillant en CMP, dans la Métropole lilloise,
- le point de vue des orthophonistes travaillant en CMP, hors Métropole lilloise,
- le point de vue que nous avons nommé « global » ou « général », regroupant les réponses des orthophonistes de la Métropole lilloise.

Après cette étape de consignation des résultats sur un document unique, nous avons effectué des calculs de pourcentage afin d'établir l'impact de chacune des réponses aux questions, dans l'espoir de pouvoir mettre en avant certains points, au sujet de l'état de la prise en charge des enfants porteurs de troubles autistiques, en CMP et HJ, dans la Métropole lilloise.

Il était question de traiter deux types de réponses: les réponses à choix binaire (oui/non) et les réponses à choix multiple. Pour le premier type de réponses, il s'agissait de comptabiliser le nombre de voix obtenues à chacune des propositions de réponse, de le diviser par le nombre de participants puis de multiplier le résultat par 100. Chaque question à choix binaire a obtenu un total de réponses de 100%, réparti entre les différentes propositions de réponses.

*Exemple n°1: Les demandes de prise en charge pour enfants autistes en CMP/HJ, sont-elles (partie II, question 1):*

- majoritaires: 8,7% ((2 réponses/23 participants)\*100=8,7%)
- fréquentes: 30,4%
- rares: 60,9%

*Chacun des participants n'a coché qu'une réponse. Le total des réponses obtenu est donc de 100%. On peut dire que 8,7% des orthophonistes trouvent que les demandes sont majoritaires, que 30,4%*

trouvent qu'elles sont fréquentes et que la grande majorité (60,9%) des orthophonistes interrogés trouvent que les demandes de prise en charge pour enfants autistes restent rares.

En revanche, pour les questions à réponses multiples, si nous utilisons la même démarche, nous obtenons un total de réponses supérieur à 100%, chacun des participants ayant coché une ou plusieurs propositions. Dans ce cas, nous avons procédé autrement. Chaque proposition de réponse a été considérée comme une réponse à choix binaire. De ce fait, chacune des proposition de réponse a été traitée isolément puis mise en corrélation ou non avec les autres propositions.

Exemple n2: Lors de l'accueil d'un enfant autiste en CMP/HJ, quel professionnel médical ou paramédical est prioritairement contacté? (partie II, question 2)

- le pédopsychiatre: 91,3% (91,3% de oui, 8,7% de non, total de 100%)
- le psychologue: 34,8%
- le psychomotricien: 4,3%
- l'orthophoniste: 0%
- cela dépend des enfants: 4,3%
- cela dépend de la demande des parents: 4,3%
- autres: 8,7%

Chacun des participants a coché une ou plusieurs réponses. Si l'on procède comme précédemment, on obtient un total de réponses supérieur à 100%. Chaque réponse est donc traitée individuellement. On peut dire que la très grande majorité des orthophonistes interrogés (91,3%) disent que c'est le pédopsychiatre qui est contacté en premier lieu mais environ un tiers des participants disent également que le psychologue peut être sollicité en priorité.

Grâce à cette démarche et à la réalisation de ces calculs, nous avons pu analyser les résultats obtenus.

## 1.2. Analyse des questionnaires

Nous avons choisi de présenter les résultats comme suit : nous avons repris la structure de base du questionnaire, chaque question est abordée dans son ordre d'apparition dans le questionnaire. A chaque fin de partie (rappelons que le questionnaire comporte trois parties), une synthèse des informations dégagées est rédigée.

N.B.: ce n'est que lorsque les résultats obtenus par les orthophonistes interrogés hors Métropole diffèrent de ceux obtenus par les orthophonistes au sein de la Métropole, qu'ils sont mentionnés.

- Partie I: *Le profil des orthophonistes ayant répondu au questionnaire et exerçant en CMP et/ou HJ*

Question 1 – Date d'obtention du diplôme de capacités d'orthophoniste:

	Point de vue général	Orthophonistes en HJ	Orthophonistes en CMP
Années 70	56,50%	25% (1 orthophoniste)	63,20%
Années 80	4,40%	0,00%	5,30%
Années 90	30,40%	50% (2 orthophonistes)	26,30%
Années 2000	8,70%	25% (1 orthophoniste)	5,30%
Absence de réponse	0,00%	0,00%	0,00%

Question 2 – L'exercice en CMP et/ou HJ:

	Point de vue général	Orthophonistes en HJ	Orthophonistes en CMP
Orthophonistes ayant toujours travaillé dans les établissements cibles	30,40%	0,00%	36,80%
Orthophonistes ayant travaillé dans un autre cadre professionnel	69,60%	100,00%	63,20%
Absence de réponse	0,00%	0,00%	0,00%

Question 3 – Nombre d'années travaillées en CMP et/ou HJ:

	Point de vue général	Orthophonistes en HJ	Orthophonistes en CMP
30 ans ou plus	47,80%	25% (1 orthophoniste)	52,60%
Entre 20 et 29 ans	13,00%	0,00%	15,80%
Entre 10 et 19 ans	17,40%	25% (1 orthophoniste)	15,80%
Moins de 10 ans	21,70%	50% (2 orthophonistes)	15,80%
Absence de réponse	0,00%	0,00%	0,00%

Question 4 – Intérêt porté depuis toujours pour la psychiatrie:

	Point de vue général	Orthophonistes en HJ	Orthophonistes en CMP
Oui	87,00%	100,00%	84,20%
Non	13,00%	0,00%	15,80%
Absence de réponse	0,00%	0,00%	0,00%

Suite à ces résultats, on peut observer que parmi les orthophonistes ayant répondu à notre questionnaire, **deux profils se dégagent**: le profil des orthophonistes en HJ et celui des orthophonistes en CMP. Les orthophonistes intervenant en HJ:

- ont pour la majorité d'entre eux (75%) été diplômés dans les années 90 et 2000,
- ont eu, à l'unanimité (100%), une expérience professionnelle dans un cadre autre que leur lieu de travail actuel,
- ont toujours porté un intérêt pour la psychiatrie (100%).

En résumé, le profil se dégageant des renseignements obtenus dans les questionnaires présente **la majorité des orthophonistes des HJ comme**

**travaillant depuis moins de 10 ans** (pour 75% des orthophonistes interrogés) **en HJ mais récemment formés et ayant toujours porté un intérêt à la psychiatrie.**

Les orthophonistes intervenant en CMP:

- ont pour la moitié d'entre eux (52,6%) été diplômés dans les années 70,
- ont pour la majorité d'entre eux (63,20%) travaillé dans un autre cadre professionnel que celui où ils exercent actuellement,
- ont pour la plupart (84,2%) toujours porté un intérêt pour la psychiatrie.

En résumé, le profil des **orthophonistes travaillant en CMP**, qui se dégage des résultats, les présente **comme exerçant depuis 30 ans ou plus en CMP mais ayant reçu leur formation initiale il y a plusieurs décennies et dont l'intérêt pour la psychiatrie est légèrement nuancé.**

Ceci implique que les orthophonistes ayant répondu à notre enquête sont des professionnels avertis dans le domaine de l'orthophonie (63,2% des orthophonistes en CMP sont diplômés depuis 30 ans ou plus et 75% des orthophonistes en HJ sont de formation récente, c'est-à-dire inférieure ou égale à 15 ans); cela d'autant plus que la plupart des orthophonistes interrogés ont expérimenté leur activité professionnelle dans au moins deux types d'établissements (CMP/HJ et un autre établissement) ou dans les deux statuts accessibles aux orthophonistes (le salariat et l'exercice libéral). Enfin, la grande majorité des orthophonistes se dit intéressée depuis toujours par la psychiatrie (87%), ceci impliquant leur présence en CMP/HJ et un intérêt vis-à-vis de l'autisme, longtemps étroitement associé au domaine de la psychiatrie.

- Partie II: *La prise en charge orthophonique de l'autisme.*

Question 1 – La fréquence des demandes de prise en charge d'enfants porteurs de troubles autistiques, en CMP/HJ:

	Point de vue général	Orthophonistes en HJ	Orthophonistes en CMP
Majoritaires	8,70%	50,00%	0,00%
Fréquentes	30,40%	25,00%	31,60%
Rares	60,90%	25,00%	68,40%

Question 2 – Le(s) professionnel(s) prioritairement contacté(s) lors de l'accueil d'un enfant porteur de troubles autistiques:

	Point de vue général	Orthophonistes en HJ	Orthophonistes en CMP
Pédopsychiatre	91,30%	100,00%	89,50%
Psychologue	34,80%	0,00%	42,10%
Psychomotricien	4,30%	0,00%	5,30%
Orthophoniste	0,00%	0,00%	0,00%
Autre (Infirmier)	4,30%	0,00%	10,50%
Selon les enfants	4,30%	0,00%	5,30%
Selon la demande des parents	4,30%	0,00%	5,30%
Absence de réponse	0,00%	0,00%	0,00%

Question 3 – La place de l'orthophoniste dans la prise en charge de l'enfant autiste:

	Point de vue général	Orthophonistes en HJ	Orthophonistes en CMP
Clairement définie	30,40%	100,00%	15,80%
Indispensable	17,40%	50,00%	10,50%
Secondaire	21,70%	0,00%	26,30%
Respectée	39,10%	50,00%	36,80%
Autre	13,00%	0,00%	15,80%
Absence de réponse	8,70%	0,00%	10,50%

Question 4 – L'orthophoniste en CMP/HJ est-il le mieux placé pour prendre en charge l'enfant autiste:

	Point de vue général	Orthophonistes en HJ	Orthophonistes en CMP
Oui	21,70%	50,00%	15,80%
Non	69,60%	50,00%	73,70%
Absence de réponse	8,70%	0,00%	10,50%

Selon la majorité des orthophonistes interrogés, ils ne sont pas les mieux placés pour suivre les enfants porteurs de troubles autistiques; dans l'ordre de préférence, sont cités:

	Point de vue général	Orthophonistes en HJ	Orthophonistes en CMP
Orthophonistes en HJ	93,70%	50,00%	68,40%
Orthophonistes spécialement formés à l'autisme	81,20%	25,00%	63,20%
Orthophonistes libéraux	12,50%	50,00%	0,00%
Orthophonistes en IME	6,20%	0,00%	5,30%
Autres	12,50%	0,00%	10,50%

Question 5 – Réalisez-vous un bilan orthophonique lors de l'accueil de l'enfant autiste:

	Point de vue général	Orthophonistes en HJ	Orthophonistes en CMP
Oui	82,60%	100,00%	78,90%
Non	17,40%	0,00%	21,10%
Absence de réponse	0,00%	0,00%	0,00%

Si oui, à l'aide de quels outils est réalisé le bilan?

	Point de vue général	Orthophonistes en <b>HJ</b>	Orthophonistes en <b>CMP</b>
Tests étalonnés	42,10%	50,00%	31,60%
Protocole personnel	26,30%	25,00%	21,10%
Observations écologiques	63,20%	25,00%	57,90%
Autre	5,30%	0,00%	5,30%
Absence de réponse	5,30%	25,00%	0,00%

Question 6 – L'utilisation d'un matériel/méthode privilégié en séances:

	Point de vue général	Orthophonistes en <b>HJ</b>	Orthophonistes en <b>CMP</b>
Oui	30,40%	100,00%	15,70%
Non	65,20%	0,00%	79,00%
Absence de réponse	4,40%	0,00%	5,30%

Si oui, quel matériel ou méthode est privilégié?

	Orthophonistes en <b>HJ</b>	Orthophonistes en <b>CMP</b>
Outils majoritairement cités	<b>PECS*</b> (3 orthophonistes sur 4)	<b>Makaton*</b> (2 orthophonistes sur 3)
Autres	Psychophonie* Livres Loto (1 orthophoniste sur 4)	DNP* PRL* <sup>17</sup> Psychophonie (1 orthophoniste sur 4)



Ces outils, sont-ils utilisés :

	Orthophonistes en <b>HJ</b>	Orthophonistes en <b>CMP</b>
Par choix	4 orthophonistes sur 4	3 orthophonistes sur 3
Sur demande de l'établissement	4 orthophonistes sur 4	0 orthophoniste
Sur demande des parents	3 orthophonistes sur 4	0 orthophoniste
Autres (collègues)	0 orthophoniste	1 orthophoniste sur 3
Absence de réponse	0,00%	0,00%

Question 7- Le nombre de séances réalisées par semaine:

	Point de vue général	Orthophonistes en <b>HJ</b>	Orthophonistes en <b>CMP</b>
1 séance	52,20%	25,00%	57,90%
1 à 2 séances	26,10%	25,00%	26,30%
2 séances	8,70%	25,00%	5,30%
Un temps plein <sup>18</sup>	4,30%	25,00%	0,00%
Absence de réponse	8,70%	0,00%	10,50%

Suite à la présentation des résultats de cette deuxième partie du questionnaire, il ressort plusieurs points importants.

Tout d'abord, **les orthophonistes en HJ sont davantage sollicités concernant les prises en charge d'enfants porteurs de troubles autistiques que les orthophonistes en CMP** de la Métropole: alors que les professionnels interrogés exerçant en HJ s'accordent, pour la moitié (50%), à dire que les prises en charge d'enfants autistes sont majoritaires et pour un quart (25%), qu'elles sont fréquentes, les orthophonistes travaillant en CMP, les qualifient, pour plus de la moitié d'entre eux (60,9%), de rares. Ceci est un élément important qu'il faudra garder en mémoire, tout au long de cette partie, élément qui pourra probablement expliquer plusieurs états de faits.

<sup>18</sup> L'orthophoniste voit l'enfant chaque jour mais pas systématiquement en séance individuelle.

Ensuite, on constate que lors de l'accueil d'un enfant porteur de troubles autistiques, **c'est le pédopsychiatre qui intervient en premier en lieu**, à l'unanimité, concernant les orthophonistes des HJ. En ce qui concerne les orthophonistes des CMP, la répartition des rôles des professionnels semble moins stricte : même si la majorité des orthophonistes interrogés (89,5%) attestent que c'est le pédopsychiatre qui accueille les enfants autistes, un peu moins de la moitié (42,1%) observent que **le psychologue peut également jouer ce rôle**. De plus, on remarque que même si les pourcentages sont faibles, le psychomotricien et l'infirmier sont également mentionnés dans les réponses aux questionnaires des CMP, contrairement aux résultats des orthophonistes en HJ où les avis sont unanimes (0% pour les autres professionnels).

Concernant la place des orthophonistes au sein des équipes pluridisciplinaires prenant en charge les enfants autistes, si l'avis des **orthophonistes en HJ** semble concerté (**place « clairement définie » à l'unanimité, « respectée » et « considérée comme indispensable » pour la moitié des personnes interrogées**), on note un certain flottement au niveau des résultats obtenus du côté des orthophonistes en CMP. Aucun résultat n'est réellement significatif (supérieur ou égal à 50%) et ne permet de dégager un trait particulier concernant le ressenti des orthophonistes au sujet de leur place dans l'équipe. Seuls quatre orthophonistes sur 10 (39,1%) considèrent leur place comme respectée dans la prise en charge pluridisciplinaire de l'enfant autiste, trois orthophonistes sur 10 (30,4%) la disent clairement définie, 2 orthophonistes sur 10 (21,7%) la voient considérée comme secondaire et moins de deux orthophonistes sur 10 (17,4%), considérée comme indispensable. On peut faire remarquer qu'**une sorte de doute plane sur les orthophonistes en CMP, au sujet de leurs compétences auprès des enfants porteurs de troubles autistiques**; doute qui vient probablement fragiliser la légitimité de la place de l'orthophoniste au sein de l'équipe pluridisciplinaire œuvrant auprès des enfants autistes. **Il semblerait que le rôle de l'orthophoniste n'apparaisse pas toujours évident que ce soit pour les orthophonistes eux-mêmes ou pour l'équipe.**

Quant au sujet des orthophonistes qui seraient les mieux placés pour suivre les enfants porteurs de troubles autistiques, on note qu'**une majorité des orthophonistes interrogés (69,6%) estiment ne pas en faire partie**. Ce phénomène touche davantage les orthophonistes exerçant en CMP (60,9% d'entre

eux) que ceux travaillant en HJ (50% d'entre eux, qui précisent « pas seulement » et donc se citant en plus d'un autre choix, dans les propositions données). D'un point de vue général, **c'est la proposition « orthophonistes en HJ » qui récolte le plus de voix**, suivie de « orthophonistes formés spécialement à l'autisme ». Cependant, on remarque que la moitié des professionnels des HJ (50%), évoque également les orthophonistes libéraux comme orthophonistes les mieux placés pour suivre les enfants ; proposition n'ayant reçu aucun suffrage de la part des professionnels en CMP.

Enfin, concernant la prise en charge orthophonique de l'enfant autiste, on observe que **la majorité des orthophonistes (82,6%) réalise un bilan** que ce soit à partir de tests étalonnés et/ou d'observations écologiques, dont 100% des orthophonistes des HJ. On remarque que ces derniers se tournent davantage vers les outils étalonnés (quantitatifs), nécessitant souvent une formation, alors que les orthophonistes en CMP privilégient les observations écologiques (qualitatives). Ceci peut s'expliquer par une demande de bilan orthophonique moins fréquente en CMP, ne justifiant pas la formation à un outil d'évaluation de ce genre, aux yeux des orthophonistes comme des établissements.

Au sujet des outils utilisés en séances, on note que moins d'un tiers des orthophonistes (30,4%) privilégie un matériel/une méthode particulier durant les séances. Mais il est important de préciser que cela concerne 15,8% des orthophonistes en CMP contre 100% des orthophonistes en HJ. **En HJ, c'est le PECS qui est privilégié** pour 3 orthophonistes sur 4. **Chez les orthophonistes en CMP, c'est le Makaton** qui est employé (pour 2 orthophonistes sur 3). Dans les deux cas, on observe que les outils utilisés préférentiellement sont les supports d'aide à la communication, qui nécessitent tout deux une formation spécifique. Cependant, il est à noter que le support privilégié en CMP est également adaptable à d'autres types de handicap, tels que la dysphasie par exemple, alors que le PECS a principalement été conçu pour répondre aux difficultés des enfants porteurs de troubles autistiques, outil qui diffère du Makaton notamment au niveau de sa méthode d'apprentissage faisant référence au comportementisme. Finalement, cette démarche répond aux besoins respectifs des orthophonistes, en terme de populations prises en charge.

Concernant la prise de décision au sujet de l'utilisation et de la mise en place d'un outil, on observe **une forte interaction entre les différents intervenants qui entourent l'enfant autiste, dans les HJ**. En effet, les outils privilégiés par les

orthophonistes le sont en collaboration avec l'avis tant des parents (4 orthophonistes sur 4) que de l'établissement (4 orthophonistes sur 4) et des orthophonistes eux-mêmes (4 orthophonistes sur 4). Ceci amène à penser que la prise en charge de l'enfant en HJ s'articule entre les différents acteurs à partir d'un travail en étroite collaboration. **En ce qui concerne les CMP, les orthophonistes semblent plus indépendants et autonomes dans leurs techniques de rééducation**, vis-à-vis des parents et de l'établissement (0 orthophoniste sur 3). Ils utilisent leurs outils essentiellement par choix (3 orthophonistes sur 3).

Enfin, au sujet du nombre de séances hebdomadaire d'orthophonie, rien de significatif n'apparaît au niveau des résultats obtenus concernant les orthophonistes **en HJ : chacun d'entre eux voit les enfants à différentes fréquences**. En revanche, **en CMP**, plus de la moitié des orthophonistes (57,9%) s'accorde pour dire qu'ils prennent en charge les enfants porteurs de troubles autistiques **une fois par semaine**.

### Partie III: Autisme & actualités.

Question 1- Suivi de l'actualité concernant l'autisme, ces deux dernières années:

	Point de vue général	Orthophonistes en HJ	Orthophonistes en CMP
Oui	91,30%	100,00%	89,50%
Non	8,70%	0,00%	10,50%
Absence de réponse	0,00%	0,00%	0,00%
De temps en temps	66,70%	25,00%	68,40%
En référence à un patient, une PEC	23,80%	25,00%	21,10%
Suite à des questions de parents	0,00%	0,00%	0,00%
Régulièrement	19,00%	75,00%	5,30%

Si oui, à quoi vous intéressez-vous davantage?

	Point de vue général	Orthophonistes en HJ	Orthophonistes en CMP
Aux derniers ouvrages parus en librairie	14,30%	25,00%	10,50%
Aux articles scientifiques récents	57,10%	75,00%	47,40%
Aux émissions télévisées	33,30%	0,00%	36,80%
Aux formations	42,90%	75,00%	31,60%
Aux sites internet	38,10%	50,00%	31,60%
Aux conférences	42,90%	50,00%	36,80%
Autres	19,00%	0,00%	21,10%
Non spécifié	4,80%	25,00%	0,00%

N.B: la proposition « autres » a reçu les réponses suivantes:

- les réunions de travail proposées par l'HJ (1 orthophoniste sur 4)
- les échanges entre orthophonistes (2 orthophonistes sur 4)
- les journées d'informations du CRA (1 orthophoniste sur 4)

*Les réponses apportées par les orthophonistes interrogés hors Métropole sont quelque peu différentes: les sources d'informations privilégiées sont (dans l'ordre décroissant): les conférences, les derniers ouvrages parus en librairie et les formations proposées aux orthophonistes.*

Question 2- Formation(s) concernant l'autisme, effectuée(s) depuis l'obtention du diplôme:

	Point de vue général	Orthophonistes en HJ	Orthophonistes en CMP
Oui	56,50%	100,00%	47,40%
Non	43,50%	0,00%	52,60%
Absence de réponse	0,00%	0,00%	0,00%

Si oui, était-ce:

	Point de vue général	Orthophonistes en HJ	Orthophonistes en CMP
Formation souhaitée	53,80%	75,00%	44,40%
Formation recommandée	38,50%	50,00%	33,30%
Formation imposée	7,70%	0,00%	11,10%
Autres	15,40%	0,00%	22,20%
Non spécifié	7,70%	25,00%	0,00%

N.B: la proposition « autres » correspond aux journées d'informations pouvant être organisées par les établissements, pour les orthophonistes y ayant répondu (2 sur 13).

Si non, est-ce par:

	Point de vue général	Orthophonistes en HJ	Orthophonistes en CMP
Choix	40,00%	0,00%	40,00%
Refus de l'établissement	0,00%	0,00%	0,00%
Manque de temps	10,00%	0,00%	10,00%
Aucune formation de répondait à leur demande	10,00%	0,00%	10,00%
Autres	40,00%	0,00%	40,00%

N.B.: Les réponses obtenues à la proposition « autres » sont les suivantes:

- d'autres choix privilégiés (2 orthophonistes sur 4),
- le taux de fréquentation des CMP par les enfants autistes n'est pas suffisant pour rendre les formations sur l'autisme prioritaires (2 orthophonistes sur 4).

Question 3- Évolution concernant les demandes de prise en charge des enfants autistes:

	Point de vue général	Orthophonistes en HJ	Orthophonistes en CMP
Oui	87,00%	75,00%	89,50%
Non	13,00%	25,00%	10,50%
Absence de réponse	0,00%	0,00%	0,00%

Si oui, cela concerne-t il:

	Point de vue général	Orthophonistes en HJ	Orthophonistes en CMP
Nouvelles directives ministérielles	10,00%	25,00%	5,90%
Médiatisation de l'autisme	50,00%	25,00%	52,90%
Demandes spécifiques de la part des parents	25,00%	0,00%	29,40%
Exigences parentales	20,00%	25,00%	17,70%
Exigences hiérarchiques	25,00%	25,00%	23,50%
PEC d'enfants de plus en plus jeunes	85,00%	75,00%	82,40%
Autres	0,00%	0,00%	0,00%

*Hors métropole, les orthophonistes signalent « exigences scolaires » à la proposition « autres » (2 orthophonistes sur 3).*

## Question 4 - Sigles/termes/organismes connus:

	Point de vue général	Orthophonistes en HJ	Orthophonistes en CMP
Makaton	91,30%	100,00%	89,50%
DSM(-IV) <sup>19</sup>	69,60%	100,00%	63,20%
ABA	91,30%	100,00%	89,50%
PRL	87,00%	50,00%	94,70%
CRA	47,90%	100,00%	36,80%
TEACCH	91,30%	100,00%	89,50%
CFTMEA <sup>20</sup>	17,40%	50,00%	10,50%
ADI <sup>21</sup>	21,70%	75,00%	10,50%
Lovaas	8,70%	50,00%	0,00%
Packing	100,00%	100,00%	100,00%
CIM(-10)	52,20%	50,00%	52,60%
Autisme France <sup>22</sup>	73,90%	100,00%	68,40%
TCC <sup>23</sup>	30,40%	50,00%	26,30%
PECS	91,30%	100,00%	89,50%
Léa pour Samy <sup>24</sup>	56,50%	75,00%	52,60%
Autres	26,10%	75,00%	10,50%

N.B.: ont été cités à la proposition « autres », les sigles/organismes/termes suivants: PEP<sup>25</sup> (cité 1 fois), ADOS<sup>26</sup> (cité 1 fois), le combat d'Adel<sup>27</sup> (cité 1 fois), Padovan\* (cité 1 fois), ESCP<sup>28</sup> (cité 2 fois).

19 Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, quatrième édition

20 Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent

21 Autism Diagnostic Interview

22 Association de parents

23 Thérapie Cognitivo-Comportementale

24 Association de parents

25 Profil Psycho-Educatif

26 Echelle d'Observation pour le Diagnostic de l'Autisme

27 Association de parents

28 Echelle d'Evaluation de la Communication Sociale Précoce



Question 5 – Intérêt pour la création d'un support informatique au sujet de la prise en charge orthophonique des enfants avec troubles autistiques:

	Point de vue général	Orthophonistes en HJ	Orthophonistes en CMP
Oui	87,00%	75,00%	89,50%
Non	0,00%	0,00%	0,00%
Absence de réponse	13,00%	25,00%	10,50%

Question 6 - Souhaiteriez-vous avoir connaissance des résultats de notre mémoire:

	Point de vue général	Orthophonistes en HJ	Orthophonistes en CMP
Oui	95,70%	100,00%	94,70%
Non	0,00%	0,00%	0,00%
Absence de réponse	4,30%	0,00%	5,30%

Après avoir exposé les résultats de cette dernière partie du questionnaire, on peut dégager diverses informations, nous permettant de nous éclairer sur la prise en charge des enfants porteurs de troubles autistiques, en CMP et HJ, au sein de la Métropole lilloise.

Comme on a pu l'aborder dans les résumés précédents, les HJ sont davantage sollicités et de ce fait concernés par la prise en charge d'enfants autistes. Cet état de fait se répercute sur les résultats obtenus dans cette dernière partie du questionnaire et creuse les différences entre le profil des orthophonistes exerçant dans les HJ et ceux travaillant en CMP. Ainsi, on note que **le suivi de l'actualité ces deux dernières années, au sujet de l'autisme est massif** (91,3% des orthophonistes interrogés en Métropole). Il est qualifié de **suivi ponctuel** (« de temps en temps ») à 25% par les orthophonistes des HJ et à 76,5% **par les orthophonistes de CMP**; au contraire, il est qualifié de **régulier** (« régulièrement ») par 75% des **orthophonistes des HJ** et par 5,9% des orthophonistes des CMP. En revanche, toujours concernant ce suivi de l'actualité, on ne remarque pas l'émergence d'une source d'informations véritablement privilégiée selon le lieu de

travail des orthophonistes. D'une manière générale, ce sont les **articles scientifiques récents** qui emportent le suffrage le plus important auprès des orthophonistes interrogés. D'une manière spécifique, les sources d'informations les plus consultées par les orthophonistes en HJ (celles dont les résultats sont manifestement au-dessus des autres), au sujet de l'autisme, sont par ordre décroissant:

- les articles scientifiques récents (75%),
- les formations (75%).

Concernant, les orthophonistes en CMP, les résultats obtenus par les diverses propositions de réponses sont plus nuancés. Les sources d'informations les plus consultées (concernant un tiers ou plus des orthophonistes en CMP) sont:

- les articles scientifiques récents (47,4%),
- les conférences (36,8%),
- les émissions télévisées (36,8%).

Malgré l'absence de différence significative entre les sources d'informations consultées par les orthophonistes en HJ et en CMP, on observe toutefois que les orthophonistes travaillant en HJ ne sont pas concernés par les émissions télévisées. On peut faire l'hypothèse que cette source d'informations s'avère trop généraliste pour des professionnels paramédicaux spécialisés dans le domaine de l'autisme, alors qu'elle permet aux professionnels moins concernés par le sujet, de se tenir globalement informés. Quant à l'origine de ce suivi de l'actualité, tant d'une manière générale que ciblée, on remarque que cette démarche est en lien avec un patient dans un tiers des cas et jamais à la suite d'une demande parentale.

Il ressort également des résultats, que **les orthophonistes des HJ se forment davantage à la prise en charge des enfants porteurs de troubles autistiques que les orthophonistes en CMP**: 100% des orthophonistes en HJ ont suivi une formation concernant l'autisme depuis l'obtention de leur diplôme contre un peu moins de la moitié (47,7%) des orthophonistes en CMP. Là encore, **ceci est finalement justifié par le taux de fréquentation plus élevé des HJ par les enfants autistes**. Lorsqu'il y a eu formation(s), celle(s)-ci se révèle(nt) majoritairement avoir été souhaitée(s) pour la majorité des orthophonistes en HJ (75%) et pour un peu moins de la moitié des orthophonistes en CMP (44,4%). Il nous semble important de préciser que si aucun orthophoniste en HJ n'a vécu la formation comme « imposée », 11,1% des orthophonistes en CMP l'ont vécue comme telle. On

tient également à souligner que 10% des orthophonistes n'ont pas réalisé de formation au sujet de l'autisme parce qu'aucune formation ne répondait à leur demande. Globalement, ceci témoigne d'un **intérêt pour l'autisme et de la présence d'une volonté de se former mais d'un manque de choix ou d'une évaluation incomplète des besoins et attentes des orthophonistes**. Enfin 40% des orthophonistes (essentiellement attachés à des CMP), expliquent ne pas s'être formés par choix. Il est important de préciser que lors des interviews, l'argument lié au faible taux de prise en charge de l'autisme en CMP, a été évoqué de nombreuses fois pour justifier une absence de formation, étant donné les budgets restreints des établissements.

Malgré ces différents profils, **tant les orthophonistes en HJ qu'en CMP ont remarqué une évolution des prises en charge (87%)**, concernant l'âge de prise en charge de l'enfant (85%), qui s'avère de plus en plus jeune et la médiatisation accrue de l'autisme (pour 50% des orthophonistes interrogés). Ces évolutions peuvent probablement s'expliquer par le déroulement récent du plan autisme 2008-2010. Quant à la médiatisation de l'autisme en particulier, elle peut également être due au débat au sujet de la méthode ABA et du packing qui a redoublé d'intensité ces dernières années, propulsant l'autisme sur le devant de la scène nationale.

Au sujet de la connaissance des sigles/termes/organismes, on remarque de façon unanime que **c'est le terme « packing » qui est le plus connu parmi les orthophonistes du secteur de pédopsychiatrie de Lille**. Ce phénomène peut s'expliquer notamment par le fait, que le secteur de pédopsychiatrie lillois est en partie mené par le professeur Pierre Delion, pionnier de l'utilisation du packing en France. Au sein des orthophonistes travaillant en HJ, on relève sept appellations connues de tous, en plus du terme packing: makaton, DSM, ABA, CRA, TEACCH, autisme France, PECS. Concernant les orthophonistes exerçant en CMP, on note cinq appellations connues par la grande majorité des professionnels (pourcentage supérieur ou égal à 89,5%): PRL, makaton, ABA, TEACCH, PECS. Ces termes généralement les plus connus, font référence à des outils d'aide à la communication (makaton, PECS) régulièrement voire systématiquement rencontrés dans le domaine de l'autisme, à des méthodes de prise en charge éducatives et thérapeutiques (ABA, TEACCH, packing) d'actualité auprès des enfants porteurs de troubles autistiques, à des sources d'informations actualisées au sujet de l'autisme (CRA, Autisme France), ainsi qu'à une des classifications internationales (DSM). De plus, on remarque la

mise en avant du sigle PRL, méthode ayant connu un vif succès, il y a vingt à trente ans, existant toujours actuellement mais de façon plus discrète. Ceci n'est pas étonnant: on peut en effet, le rapprocher de la date moyenne d'obtention de diplôme des orthophonistes en CMP qui se situe dans les années 70.

Enfin, on peut souligner **un intérêt quasi unanime pour la création d'un support informatique sur la prise en charge des enfants porteurs de troubles autistiques** (87%), la demande étant un peu plus forte chez les orthophonistes en CMP que ceux en HJ. Au sujet, de la prise de connaissance des résultats du mémoire, on relève un « oui » unanime pour les orthophonistes en HJ et un « oui » clairement majoritaire chez les orthophonistes en CMP (94,7%). C'est pourquoi, nous nous sommes engagées à transmettre par mail, la version définitive du mémoire à tous les orthophonistes ayant participé à notre enquête.

### **1.3. Mise en relation des informations obtenues par les questionnaires avec celles récoltées lors des interviews et de la réunion intersectorielle**

L'analyse des questionnaires nous a permis de dégager un profil des orthophonistes travaillant en CMP et HJ, et de cerner la trame d'une prise en charge type d'un enfant porteur de troubles autistiques dans les deux établissements cibles. Les interviews réalisées auprès d'orthophonistes et du directeur du CRA, ainsi que notre participation à la réunion intersectorielle nous ont permis d'aller plus loin dans notre état des lieux, et d'obtenir plus d'informations au sujet du rôle de l'orthophoniste en CMP et HJ, ainsi que celui du CRA auprès de ces structures.

Avant-tout, il est important de préciser qu'en HJ comme en CMP, les enfants porteurs de troubles autistiques ne sont pas systématiquement pris en charge par l'orthophoniste. Dans certain cas, l'orthophoniste voit chaque nouvel enfant et décide de mettre en place ou non une prise en charge de son propre chef, dans d'autres cas, c'est le pédopsychiatre ou le psychologue qui oriente ou non l'enfant vers l'orthophoniste.

D'une manière générale, les enfants accueillis en HJ et CMP, ont été orientés par le CRA, les CAMSP, les médecins généralistes et plus rarement par l'école. Il est à noter que les HJ reçoivent également beaucoup d'enfants aiguillés par les CMP.

### **1.3.1. La prise en charge orthophonique en HJ**

Les HJ visités lors de la réalisation des interviews, ont montré une orientation psychothérapique voire psychanalytique avec la mise en place d'ateliers contes, de séances d'enveloppement, la présence d'une pataugeoire, la possibilité de mettre en place une équithérapie. Cependant, la présence du PECS et l'application de principes de la méthode TEACCH ont été relevées dans deux HJ sur trois visités, outils dont les auteurs se sont appuyés respectivement sur les théories comportementalistes et développementales. Nous pouvons donc avancer que dans l'ensemble, les HJ de la Métropole semblent ouverts aux divers courants de pensée concernant la prise en charge de l'enfant autiste et tentent de les combiner en s'adaptant aux besoins de chaque enfant accueilli.

Les orthophonistes interrogés nous ont expliqué que des séances en groupe sont mises en place systématiquement, afin de permettre aux enfants d'apprendre à interagir avec leurs pairs et avec les adultes, de prendre conscience de l'autre et des conséquences de leur présence, de leur comportement, de leurs actions sur le monde qui les entoure. Les enfants sont regroupés selon leur âge, les difficultés et les compétences qu'ils ont en commun. Ces ateliers nécessitent la collaboration de deux à trois professionnels, qu'ils soient orthophoniste, psychomotricien, infirmier ou éducateur. Il s'agit de mettre en place un projet commun pour lequel les professionnels mettent à profit leurs connaissances communes et partagent des connaissances spécifiques à chaque savoir-faire, au profit des enfants, de leurs difficultés et de leurs capacités.

Parallèlement à ces activités, les orthophonistes réalisent des séances individuelles, où ils se retrouvent en situation duelle avec l'enfant. Ces temps de prise en charge sont l'occasion d'établir une relation privilégiée avec l'enfant et de cibler la rééducation sur ses besoins. Les orthophonistes jouent également un rôle prépondérant dans la mise en place des codes de communication et réalisent des repas thérapeutiques. Ces derniers permettent d'observer l'enfant en situation d'alimentation, de contrôler les différentes étapes d'ingestion des aliments, du choix et du prélèvement de nourriture dans l'assiette à sa déglutition.

### **1.3.2. La prise en charge orthophonique en CMP**

En CMP, contrairement aux HJ, aucune orientation thérapeutique ou rééducative n'a été clairement évoquée. Cependant l'aspect éducatif et

comportementaliste de certains courants est absent et les orthophonistes se disent davantage dans l'observation de l'enfant, dans la tentative d'établir une relation de confiance et de permettre le processus d'acceptation du handicap par les parents. Les orthophonistes interrogés réalisent exclusivement des séances individuelles avec les enfants porteurs de troubles autistiques. Les séances de groupe semblent donc être une pratique moins courante en CMP qu'en HJ. Lorsque des ateliers sont mis en place, ils le sont dans le cadre d'un Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP) uniquement.

Au cours des interviews, un sentiment de maladresse a parfois été évoqué, ressenti prégnant face à certains enfants autistes. Certains orthophonistes ont témoigné avoir vécu des séances difficiles et marquantes auprès d'enfants porteurs de troubles autistiques, expériences ayant véritablement fragilisé leur sentiment de compétences vis-à-vis de ces enfants. Certains professionnels se sont sentis pris au dépourvu, tant en terme d'expérience que de moyens mis à leur disposition (matériel et locaux).

Ces témoignages nous ont amené à prendre conscience de l'importance d'un temps de parole et d'échange entre professionnels afin de pouvoir exprimer leurs difficultés et leurs doutes et de ne pas tomber dans un sentiment dévalorisant d'incompétence et dans l'appréhension de prendre en charge certaines pathologies. Et ceci d'autant plus que les différents orthophonistes interrogés, qu'ils travaillent en CMP ou HJ, nous ont tous souligné l'importance du travail en équipe.

### **1.3.3. Rôle du CRA auprès des HJ et des CMP**

Les rôles du CRA sont divers. Il a une mission:

- d'information et de formation,
- de sensibilisation,
- de diagnostic,
- d'orientation,
- de recherche.

C'est une structure qui s'adresse à tout les publics. Cependant, il est surtout sollicité par les familles d'enfant(s) suspecté(s) ou diagnostiqué(s) autiste(s) et par les structures sanitaires et médico-sociales dont les HJ et les CMP.

De manière générale, les HJ et CMP font appel au CRA notamment pour des demandes de formation et de journées de sensibilisation auprès du personnel soignant. Mais le CRA se trouve également largement sollicité concernant la pause de diagnostic et ce notamment par les CMP. Alors qu'il ne devrait être contacté qu'en deuxième intention dans ce domaine, en cas de difficultés et de situations complexes, le CRA se retrouve régulièrement appelé en première intention, situation provoquant actuellement une liste d'attente de dix-huit mois pour une consultation diagnostique au CRA, situation somme toute problématique.

C'est pourquoi le CRA a entrepris un travail de formation des équipes de secteur afin qu'elles le sollicitent de façon moins systématique en première intention et de pouvoir répondre plus vite aux situations urgentes et véritablement problématiques.

Il ressort un besoin conséquent de formation des professionnels à l'autisme, notamment au niveau des CMP, qui selon le CRA Nord-Pas-de-Calais, reçoivent fréquemment des enfants porteurs de troubles autistiques mais qui ne sont pas diagnostiqués selon les normes définies par la HAS. Cependant, les difficultés ne se retrouvent pas au niveau de la demande formation, véritablement présente au sein de la région, mais au niveau des budgets de formation qui s'avèrent très restreints vis-à-vis des besoins, notamment dans le domaine sanitaire (en comparaison avec le domaine médico-social).

## 2. La maquette CD-Rom

Dans le projet initial de la réalisation de ce mémoire, il était question de créer une maquette CD-Rom au sujet de la prise en charge orthophonique des enfants autistes, en fonction des résultats obtenus aux questionnaires. La condition sine qua non était qu'ils mettent en évidence une demande d'informations de la part des orthophonistes sur la prise en charge. C'est en partie la raison pour laquelle, nous avons inséré à la fin du questionnaire l'item: « Trouveriez-vous utile/intéressant/indispensable la création d'un support informatique (type CD-Rom, DVD) sur la prise en charge orthophonique des enfants avec troubles autistiques (actualisation des connaissances sur l'autisme, pistes de rééducation, présentation d'un bilan type, vidéos) ? ». Finalement, cet item a obtenu une réponse positive à

87% de l'ensemble des orthophonistes interrogés au sein de la Métropole, ce qui justifie la raison d'être d'un tel projet.

Suite à l'analyse des résultats des questionnaires et aux différents entretiens réalisés, les objectifs de la maquette se devaient de répondre aux questionnements des orthophonistes, au sujet de la prise en charge de l'enfant autiste, tant au niveau du bilan que de la rééducation. Bien qu'il existe déjà différents CD-Rom sur la prise en charge de l'autisme, nous pensons qu'il est toujours possible d'apporter des informations et des idées nouvelles ou revisitées sur ce sujet. Il n'est pas question de créer un support véhiculant une ligne de conduite à suivre mais de compléter une source d'informations déjà existante, grâce à laquelle les orthophonistes pourraient trouver le matériel, les formations existants et des idées pour travailler les difficultés caractéristiques de l'autisme, des outils qui leur conviennent et qui correspondent aux besoins de leurs patients.

Cependant, le travail d'élaboration de cette maquette s'est révélée une charge de travail si importante que cela nous a amené à constater qu'elle pourrait être un sujet de mémoire à part entière. Ainsi, nous avons choisi de privilégier le premier objectif que nous nous étions fixés, et finalement indispensable à la justification d'une telle création: l'état des lieux de la prise en charge orthophonique des enfants porteurs de traits autistiques, en CMP et HJ, au sein de la Métropole lilloise.



# Discussion

Lors de l'élaboration du projet de ce mémoire, les objectifs fixés étaient les suivants:

- nous voulions savoir si les HJ et CMP accueillait des enfants porteurs de troubles autistiques, et si oui, s'ils étaient pris en charge par les orthophonistes au sein de ces structures. S'il y avait prise en charge, et en référence aux divers courants de pensée au sujet de la prise en charge de l'autisme existant aujourd'hui<sup>29</sup>, nous voulions apprendre comment celle-ci se déroulait, quel était son cadre, tant des points de vue **théorique** (le fond) qu'**organisationnel** et **matériel** (la forme),
- nous voulions également nous renseigner sur le **ressenti** des orthophonistes dans ces établissements, au sujet de la prise en charge d'enfants autistes, s'ils éprouvaient des difficultés et des questionnements ou non, s'ils étaient en demande d'informations ou non,
- enfin, si une **demande d'informations** était constatée, nous souhaitions y répondre en créant une maquette CD-Rom, spécifiquement à destination des orthophonistes.

En résumé, nous voulions établir un état des lieux de la prise en charge orthophonique des enfants porteurs de troubles autistiques en CMP et HJ de la Métropole lilloise et créer une maquette CD-Rom à destination des orthophonistes, au sujet de la prise en charge de l'autisme.

Nous nous étions fixées de répondre à ces objectifs au moyen de la création et de la distribution d'un questionnaire, de la participation active à la réunion intersectorielle de psychiatrie infanto-juvénile de la Métropole et de la réalisation d'interviews de chacun des orthophonistes sollicités et du CRA.

Finalement, nous avons été en mesure de satisfaire un des deux objectifs fixés.

Au terme de notre mémoire, nous avons réussi à établir l'état des lieux que nous nous étions fixées. Il permet de cerner la place et le rôle des orthophonistes auprès des enfants porteurs de troubles autistiques, en CMP et HJ de la Métropole, de mieux comprendre le fonctionnement de ces établissements et leur rôle primordial dans notre système de santé.

---

<sup>29</sup> Cf Partie théorique – 2. Les différents modèles théoriques de prise en charge des enfants porteurs de troubles autistiques.

La réalisation de cette enquête s'est bien déroulée, nous avons été satisfaites et touchées de recevoir autant de réponses à nos questionnaires mais également que notre démarche ait été si bien accueillie par les orthophonistes sollicités. Le nombre de personnes présentes à la réunion intersectorielle a également été un moment fort de la réalisation du mémoire, qui nous a valorisée et confortée dans l'idée que notre démarche pouvait apporter quelque chose aux orthophonistes, au sujet de la prise en charge de l'autisme. Nous pouvons malgré tout déplorer le fait de n'avoir pu réaliser plus d'interviews, ce qui nous aurait permis d'approfondir et d'étoffer davantage nos conclusions. De plus, nous pensons qu'il aurait été intéressant de pouvoir s'assurer d'avoir diffusé le questionnaire à tous les orthophonistes cibles de l'enquête afin d'obtenir des résultats exhaustifs et donc plus conséquents. Enfin, l'idéal aurait été de pouvoir réaliser cette enquête à un niveau plus large, en ce qui concerne les établissements (IME) et les cabinets libéraux mais aussi le secteur géographique (le département ou la région).

Concernant le questionnaire, outil principal ayant permis la réalisation de cet état des lieux, nous nous sommes essentiellement heurtées à une difficulté, lors du dépouillement et de l'analyse des résultats: l'item « autres » que nous avons inséré à chaque question à choix multiple. Cet item devait permettre aux orthophonistes interrogés de pouvoir exprimer une réponse non proposée, en étant coché puis explicité d'un mot-clef ou d'une phrase. Cependant, il s'est avéré que les personnes ayant coché cette réponse, n'ont le plus souvent pas explicité leur réponse. Certaines de nos questions ont reçu un pourcentage important de réponse « autres », sans information complémentaire. Dans notre projet, les interviews systématiques devaient nous permettre de récupérer ce type d'informations, mais n'ayant pu être réalisées que dans une faible proportion, nous nous sommes retrouvées dans une impasse, forcés d'accepter cet état des choses. Ce phénomène aurait probablement pu être atténué si nous avions inséré une mention précisant l'importance d'expliciter l'item « autres » lorsqu'il était choisi. En revanche, supprimer cet item aurait certainement biaisé la réalité, ne laissant pas de marge de manœuvre aux orthophonistes, obligés de choisir systématiquement une réponse prédéfinie; le fait d'imposer une interview en cas de participation à l'enquête aurait sûrement diminué de façon conséquente le taux de participation.

Au sujet de la prise en charge de l'enfant autiste et des divers fondements théoriques qu'elle peut revêtir, nous avons pu observer et distinguer trois situations, suite aux interviews et à l'analyse des questionnaires.

La première situation concerne trois HJ sur quatre (ayant été visités et dont l'orthophoniste a accepté une interview). Ces établissements sont dans une démarche que l'on peut qualifier « d'ouverture » : ils s'informent de toutes les méthodes de prise en charge existantes, quelle que soit leur orientation théorique et s'enquière de savoir si l'une d'elles pourrait être bénéfique à un ou plusieurs enfants accueillis. Cette démarche donne naissance à un établissement où peuvent se côtoyer courants à composante éducative, comportementaliste et psychothérapique. Chacun des enfants bénéficie des outils et soins dont il a besoin, en accord avec chaque membre de l'équipe et les parents. Cela peut donner lieu à des emplois du temps où se succèdent des temps de patageoire, contes, équitérapie, durant lesquels le PECS joue un rôle d'aide à la communication, parallèlement à une éventuelle prise en charge de type ABA à domicile. Dans ce cas, les orthophonistes sont au fait de l'orientation de chacune de ces méthodes et ont fait le choix de les combiner dans leurs séances, estimant qu'elles pouvaient être intéressantes pour l'enfant. Nous avons noté que le vocabulaire et les données théoriques utilisés pour parler de l'autisme et de ses symptômes, dans ces établissements, sont ceux que transmet la HAS<sup>30</sup>.

La deuxième situation concerne un HJ sur quatre. Cet établissement a fait le choix de mettre en place des prises en charge essentiellement à partir du courant psychothérapique et se revendique être une institution psychanalytique. Les professionnels sont au fait des divers courants existants mais ne se retrouvent pas dans ces méthodes de prise en charge et préfèrent s'investir dans un courant cible. Les enfants présents dans cet établissement sont des enfants dont les parents ont été, bien entendu, informés de l'orientation de travail du personnel. Cependant, étant donné le nombre de places restreint dans ce type de structures, nous sommes en droit de nous demander si l'orientation de l'enfant dans cet établissement à théorie psychothérapique exclusive, est toujours à l'origine d'un choix délibéré et non contraint. Concernant le vocabulaire et les notions théoriques employés relatifs à

---

30 Cf Partie théorique – 1. Définition.

l'autisme, ils font bien évidemment référence aux apports théoriques psychanalytiques<sup>31</sup>.

La troisième situation est celle des CMP (dont les orthophonistes ont accepté une interview ou étaient présents à la réunion intersectorielle). La majorité des orthophonistes interrogés ont été formés il y a vingt à trente ans et sont davantage au fait des théories à tendance psychothérapique qu'éducative et comportementaliste. Il est nécessaire de préciser qu'à l'époque, les étudiants en orthophonie ne recevaient pas d'enseignement au sujet de la prise en charge des enfants porteurs de troubles autistiques. Dans l'ensemble, les orthophonistes interrogés en CMP ont entendu parler de ces deux derniers courants et de leurs outils mais leurs connaissances semblent un peu confuses et ils sont réticents à employer leurs matériels tels que le PECS. Cependant, ils témoignent d'une pression forte pour sa mise en place, notamment de la part de leur hiérarchie et des HJ de leur secteur. Nous avons remarqué que le vocabulaire et les notions théoriques<sup>32</sup> employés sont parfois en décalage avec les exigences et les termes utilisés par la hiérarchie et les HJ.

D'une manière générale, les HJ, véritablement spécialisés dans la prise en charge des enfants porteurs de troubles autistiques, semblent au fait de l'actualité en terme de courants de pensée au sujet de l'autisme, et ouverts à toutes solutions ou palliatifs éventuels aux difficultés de l'enfant. Ils semblent être dans une démarche d'atténuation des troubles grâce à la mise en place de divers outils et protocoles. En revanche, les CMP semblent tout juste entrer dans cette démarche et ce de manière parfois forcée, les orthophonistes étant plus dans un accompagnement qui doit permettre l'acceptation du handicap par les parents et l'épanouissement de l'enfant grâce à la mise en place d'une relation sociale privilégiée avec l'orthophoniste. Les séances semblent davantage être pour eux un temps d'observation, d'écoute de l'enfant autiste afin qu'il prenne sa place d'interlocuteur.

Finalement, le courant psychothérapique est très présent dans les établissements cibles de notre enquête, qui ne fonctionnent pas pour autant en marge des autres courants et tendent à devenir des établissements à orientation multiple, pour ceux qui ne le sont pas déjà.

---

31 Cf Partie théorique – 2.2.1. Les Thérapies institutionnelles & 2.2.2. Les Psychothérapies institutionnelles ou psychothérapies psychanalytiques

32 Cf Partie théorique – 2.2.1. Les Thérapies institutionnelles & Glossaire « PRL »

Au sujet du ressenti des orthophonistes et de leur exercice auprès d'enfants autistes, nous sommes dans la mesure d'affirmer, au vu des informations récoltées auprès des professionnels et du CRA, qu'il existe une demande de prise en charge globalement forte de l'autisme, au sein des CMP et HJ de la Métropole lilloise. Prise en charge cependant, dans laquelle le rôle de l'orthophoniste n'est pas toujours compris et pris en considération, et ce notamment en CMP, que ce soit au niveau de la hiérarchie, de l'équipe ou des orthophonistes eux-mêmes.

De ce constat découlent plusieurs idées qui pourraient atténuer cette tendance:

- proposer des sessions de travail sur l'image de soi, en tant que thérapeute de la communication et du langage,
- mettre en place des sessions de formations destinées:
  - => à l'ensemble des équipes intervenant auprès d'enfants autistes, où seraient reprécisés le rôle et les compétences de chaque professionnel dans ce domaine,
  - => aux orthophonistes afin de définir de manière claire et précise leur rôle et compétences auprès de ces enfants, leur champ d'action, de détailler les troubles et déficits présents chez l'enfant autiste, auxquels ils peuvent remédier ou qu'ils peuvent atténuer et les outils à leur disposition,
- créer un support d'informations à destination des orthophonistes afin de les encourager et de les guider dans la prise en charge orthophonique de l'enfant porteur de troubles autistiques; acte rappelons-le, qui fait partie intégrante de la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) en orthophonie: « bilan du langage dans le cadre des handicaps moteurs, sensoriels ou mentaux (inclus surdité, IMC, autisme, maladies génétiques): AMO 30 », « éducation ou rééducation du langage dans le cadre de l'autisme, AMO 13,8 » (NGAP version mars 2011, page 56 – 57).

Ces idées n'ont pas la prétention d'être innovantes, cependant, nous avons pu remarquer que la demande des orthophonistes porte sur l'apport d'informations concrètes au sujet de la prise en charge. Ils semblent être en attente d'éléments pratiques:

- quels tests peuvent être utilisés, que faut-il observer en particulier,

- quels troubles sont généralement rencontrés, comment se manifestent-ils, par quels exercices et avec quels outils peut-on y remédier... etc.

Lorsque nous avons été sollicitées à la fin de la réunion intersectorielle par certains orthophonistes, les questions étaient les mêmes: « que voyez-vous en stage, quels outils sont mis en place auprès des enfants, quels supports sont utilisés et comment? » Ainsi comme nous l'avons expliqué précédemment, nous pensons qu'il existe une véritable demande d'informations et que la création d'un support type CD-Rom ou site internet pourrait y répondre.

Ainsi, la réalisation de notre deuxième objectif s'est avérée justifiée par les résultats de notre enquête. Et ce d'autant plus, qu'il existe actuellement une barrière difficilement franchissable pour les professionnels en demande d'informations, qui reste les budgets restreints destinés à la formation, dans les secteurs sanitaire et médico-social, dont ont témoigné les orthophonistes interrogés et le CRA.

Mais ce projet de maquette CD-Rom, aussi passionnant soit-il, s'est révélé une source de travail considérable, étant donné tout les outils, formations et méthodes qu'il était possible d'évoquer. Plutôt que de devoir réduire de manière drastique son contenu afin de pouvoir le finaliser, nous avons pensé qu'il était plus judicieux de laisser ce travail pour un prochain mémoire. L'état des lieux que nous avons réalisé est une base sur laquelle des étudiants ou des professionnels pourront s'appuyer pour justifier la création d'un tel matériel. En complément de ce que nous avons réalisé, nous avons pensé qu'il serait intéressant de créer un nouveau questionnaire à destination des orthophonistes en général, dans le but de cibler leurs attentes et leurs besoins plus finement et ainsi d'y répondre plus sûrement.

Si nous nous sentons fortement impliquées dans la transmission de ce projet de maquette, c'est d'une part, parce que les divers témoignages des orthophonistes nous ont profondément touché et d'autre part, parce qu'au cours de notre stage au sein d'un IME, accueillant des enfants diagnostiqués autistes et déficients mentaux, nous avons pu ressentir par moments un sentiment de détresse voire même d'inutilité, à l'instar de certains orthophonistes s'étant confiés à nous, au cours de l'enquête. En effet, les progrès avec certains enfants peuvent être très longs à apparaître et nous avons parfois la sensation de perdre de vue notre rôle. Mais nous nous sommes rendues compte que c'est en multipliant les expériences que l'on apprend, en s'informant de tout ce qui existe mais aussi en échangeant avec d'autres

professionnels qu'ils soient orthophonistes ou non afin d'approfondir notre réflexion au sujet de l'autisme et de notre pratique.

Cette expérience de stage nous a permis de vivre des moments qui resteront marqués dans notre mémoire. Elle nous a également permis de transmettre à l'Institut qu'il existe dans notre cursus, un manque évident de formation au sujet de la prise en charge de l'enfant autiste, sans parler de celle de l'adulte; lacune probablement ressentie par nombre d'étudiants et de professeurs, puisque déjà les choses semblent avoir évolué et nous avons appris que des heures de cours supplémentaires ont été insérées au cursus.

Finalement, nous nous sommes rendues compte que la principale difficulté pointée par notre état des lieux (le manque de formation au sujet de l'autisme) pouvait être rapprochée d'un des objectifs du plan Autisme 2008-2010: une meilleure formation des professionnels intervenant auprès des personnes porteuses de troubles autistiques: « Objectif 2: Améliorer le niveau de formation des professionnels et des famille » (Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative, 2008, page 2). Cependant, si des licences professionnelles spécialisées dans le domaines de l'autisme ont été créées, si la formation au sujet de l'autisme a été étendue à un public professionnel plus large, enfin si la formation au sujet de l'autisme a été rendue prioritaire ces dernières années et que le rôle des CRA a été renforcé<sup>33</sup>, les budgets dédiés à la formation dans les structures sanitaires et médico-sociales ne semblent pas avoir été augmentés... Reste aux étudiants en orthophonie à créer du matériel afin d'apporter leur contribution au développement de la formation des professionnels!

---

33 Cf « Le plan autisme un an après – 28 mai 2009 » ([http://www.solidarite.gouv.fr/IMG/pdf/DP\\_plan\\_autisme\\_un\\_an\\_apres.pdf](http://www.solidarite.gouv.fr/IMG/pdf/DP_plan_autisme_un_an_apres.pdf)), « Circulaire interministérielle DGCS/DGOS/DGS/CNSA n°2010-292 du 27 juillet 2010 relative à la mise en œuvre régionale du plan autisme 2008-2010 » ([http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2010/10-11/ste\\_20100011\\_0100\\_0110.pdf](http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2010/10-11/ste_20100011_0100_0110.pdf))



# Conclusion

Face à une médiatisation croissante de la prise en charge de l'autisme et aux débats ardents au sujet des divers courants de pensée existants, nous avons décidé d'aller voir par nous-mêmes ce qu'il en est au sein du service public. Nous avons sélectionné des structures qui nous semblaient confrontées en premier lieu à cette prise en charge: les HJ et les CMP. Puis au moyen d'un questionnaire, de la participation à la réunion intersectorielle de pédopsychiatrie, d'entretiens avec les orthophonistes exerçant dans ces établissements et le CRA, nous avons ébauché un état des lieux de la prise en charge orthophonique des enfants porteurs de traits autistiques, en CMP et HJ de la Métropole lilloise.

Au terme de notre enquête, nous constatons une demande de prise en charge forte dans ces établissements mais un manque de formation des orthophonistes non spécialisés dans le domaine de l'autisme (CMP), malgré une demande d'informations bien présente mais des budgets limités.

Au sujet des méthodes de prise en charge, nous constatons qu'il existe une mise à disposition de méthodes complémentaires, d'un véritable éventail de propositions auprès des enfants et de leur famille, notamment en HJ et une démarche identique en cours de développement dans les CMP. Cette démarche, essentiellement présente en HJ à l'heure actuelle, résulte d'une volonté d'ouverture d'esprit dont le but premier est de pouvoir établir une prise en charge personnalisée pour chacun des enfants. Finalement, même si les apports de la psychanalyse gardent une place importante dans les prises en charge d'enfants autistes, il y a une prise de conscience collective de la complémentarité des différentes méthodes existantes, chacune apportant des outils remédiateurs à un champ spécifique du handicap autistique.

# Glossaire

**ALIENISTE:** terme ancien qui a désigné les premiers psychiatres et médecins qui prenaient en charge les personnes porteuses de maladies mentales, autrefois appelées les aliénés.

**ATTENTION CONJOINTE:** « une interaction triadique entre soi-même, l'autre et un objet » (HAS, 2010, page 62).

**CIRCULAIRE:** « dans la fonction publique française, une circulaire est un texte émanant d'un ministère et destiné à donner une interprétation d'un texte de loi ou d'un règlement (décret, arrêté), afin que ce texte soit appliqué de manière uniforme sur le territoire » (Wikipédia).

**DNP:** méthode d'utilisation de la Dynamique Naturelle de la Parole mise au point dans les années 70 et adaptée à la langue française dans les années 80. Elle a tout d'abord bénéficié aux enfants sourds puis son utilisation s'est étendue à toutes les personnes éprouvant des difficultés de communication. Cette méthode allie les versants artistiques et sensoriels et propose à l'enfant la pratique de la peinture, de comptines, de structures rythmiques et la réalisation de mouvements. La DNP se veut une approche ludique du langage (site internet de l'Association la Joie de Parler).

**ECHOLALIE:** phénomène qui « consiste, pour le sujet, à répéter comme un écho les paroles prononcées devant lui » (Dictionnaire d'orthophonie, Brin & al., 2004).

**GESTE DE POINTAGE:** « geste que fait l'enfant, à partir de 8 mois, dans une situation d'attention conjointe entre sa mère et lui, en tendant sa main vers l'objet pour signaler son intérêt » (Dictionnaire d'orthophonie, Brin & al, 2004).

**HOSPITALISME:** ce terme désigne « l'ensemble des altérations corporelles liées à un long séjour en hôpital » (Dictionnaire d'orthophonie, Brin & al, 2004).

**MAKATON:** « programme d'aide à la communication et au langage » mis au point dans les années 70 au Royaume-Uni, dans le but de venir en aide aux enfants et aux adultes en difficultés d'apprentissage et de communication. Il combine l'utilisation de

gestes (tirés de la LSF), de la parole et de pictogrammes. Il s'adresse aux personnes touchées par des handicaps divers, tels que l'autisme, la dysphasie, le polyhandicap, le retard mental... (cf site internet de l'Association Avenir Dysphasie – Makaton).

**PACKING:** le packing est une méthode de contenance psychique. Il est utilisé auprès d'enfants autistes victimes d'actes d'auto-mutilations et ne répondant aux effets des médicaments psychotropes ou ne tolérant pas leur prise. Il s'agit d'envelopper l'enfant vêtu de ses sous-vêtements, dans des linges humides puis dans des couvertures afin qu'il puisse se réchauffer rapidement. (Goeb & al., 2008). Ce processus produit une détente musculaire et permet l'émergence de la parole, de mimiques, et l'échange de regards (Delion, 2007).

**PADOVAN:** mise au point par Béatrice Padovan, orthophoniste et pédagogue brésilienne, il s'agit d'une méthode de « réorganisation neurofonctionnelle ». Elle est censée améliorer la maturation du système nerveux et favoriser de nouvelles connections neuronales, à partir d'une prise en charge du corps, des mouvements et de la sollicitation des sens (cf site internet Padovan-Synchronicité).

**PECS:** « Système de Communication par Echange d'Images » mis au point en 1985, aux Etats-Unis, c'est un outil d'aide à la communication mis au point en 1985, aux Etats-Unis, à destination des personnes autistes. Il est régi par un système de formulation de demandes via l'utilisation de pictogrammes (cf site internet PECS France).

**PRL:** ou « méthode Chassagny », est une méthode permettant au rééducateur d'accompagner son patient dans l'appropriation du langage à l'aide de principes théoriques issus de la psychanalyse, de la linguistique et de la pédagogie (cf site internet Ateliers Claude Chassagny).

**PROSODIE:** « un ensemble d'éléments phoniques qui structurent la parole: rythme, intonation, accentuation, mélodie, tonus » (Chauveau-Chaverroche, 2010, page 167).

PROXEMIE: distance physique qui s'instaure entre deux personnes en interactions. Elle est un des éléments qui constituent les règles sociales. Selon le dictionnaire Larousse, la proxémie est n'est pas la même selon les cultures.

« On retrouve quatre types de distances particulières au quotidien :

- les distances intimes (entre 0 à 45 cm)
- les distances personnelles (de 45 à 125 cm)
- les distances sociales (de 125 à 360 cm)
- les distances publiques (à partir de 360 cm) : on les retrouve essentiellement dans les métiers de l'enseignement, les acteurs de théâtre et les politiques » (Dictionnaire Larousse).

PSYCHOPHONIE: méthode mise au point par Marie-Louise Aucher, dans en 1960. C'est une « méthode d'éducation et de rééducation qui tient compte, dans le cours du travail de la pose de la voix, de l'homme considéré : comme poste récepteur des sons et instrument vivant, comme poste émetteur en réponse conditionnée à la réceptivité correcte des sons » (Marie-Louise Aucher, site internet Envie de chanter).

SNOEZELLEN: « le concept d'espace Snoezelen a été créé aux Pays-Bas dans les années 1970; il consiste en la mise en éveil des sens dans des espaces dédiés » (Chauveau-Chaveroche, 2010, page 186). On peut par exemple, y trouver une lumière tamisée, la diffusion d'une musique douce, des guirlandes lumineuses, un matelas à eau, etc...

# Bibliographie

ASSOCIATION AVENIR DYSPHASIE – MAKATON, <http://www.makaton.fr/?page=portal/article&id=63> , consulté le 15/03/2011

ASSOCIATION LA JOIE DE PARLER, [http://lajoiedeparler.net/joomla\\_1\\_5/index.php?option=com\\_content&view=article&id=71:bienvenue-sur-le-site-de-la-dnp-france&catid=109:bienvenue](http://lajoiedeparler.net/joomla_1_5/index.php?option=com_content&view=article&id=71:bienvenue-sur-le-site-de-la-dnp-france&catid=109:bienvenue), consulté le 15/03/2011

ATELIER CLAUDE CHASSAGNY, [http://acchassagny.free.fr/formations/descriptif\\_prl\\_2008.pdf](http://acchassagny.free.fr/formations/descriptif_prl_2008.pdf) , consulté le 16/03/2011

AUCHER M.-L., « La Psychophonie », <http://www.envie-de-chanter.com/page2/page26/page26.html> , consulté le 16/03/2011

AYME J. (1985), « Essai sur l'histoire de la psychothérapie institutionnelle », [http://www.euro-psy.org/site/La\\_Borde\\_files/Essai%20sur%20l%E2%80%99Histoire%20de%20la%20Psychothe%CC%81rapie%20Institutionnelle.pdf](http://www.euro-psy.org/site/La_Borde_files/Essai%20sur%20l%E2%80%99Histoire%20de%20la%20Psychothe%CC%81rapie%20Institutionnelle.pdf) , consulté le 05/11/2010, 1-6

BAGHDADLI A., NOYER M., AUSSILLOUX C. (2007), « Description des programmes, prises en charge et interventions » in « *Interventions éducatives, pédagogiques et thérapeutiques proposées dans l'autisme* », Montpellier: Centre Ressources Autisme Languedoc-Roussillon, 27-44

BARTHELEMY C., HAMEURY L., LELORD G. (1995), « L'autisme de l'enfant, la thérapie d'échange et de développement », Paris: Expansion scientifique française, 5-18

BESANCON M.N., JOLIVET B. (2009) « Arrêtons de marcher sur la tête! Pour une psychiatrie citoyenne » Paris: Les Editions de l'atelier/ Les Editions ouvrières, 20-22

BOURGUEIL O. (2008), « Développement des interactions sociales d'enfants atteints d'autisme avec leurs pairs dans le cadre de l'inclusion en milieu ordinaire », Congrès Autisme France, [http://www.aba-sd.info/documents/congres\\_interactions\\_sociales\\_article.pdf](http://www.aba-sd.info/documents/congres_interactions_sociales_article.pdf) , consulté le 04/11/2010



BRIN F., COURRIER C., LEDERLE E., MASY V. (2004), « Dictionnaire d'orthophonie, deuxième édition », Isbergues: Ortho Edition

BROOKMAN-FRAZEE L., VISMARA L., DRAHOTA A., STAHMER A., OPENDEN D. (2009), « Parent training interventions for children with autism spectrum disorders » in Matson J.L. (2009), *Applied behavior analysis for children with autism spectrum disorders*, Los Angeles: Springer, 239-240

CATHELINE N. (2007), « Troubles envahissants du développement: spécifiques (autisme) et non spécifiques (psychoses infantiles) », in « *Psychopathologie de la scolarité* », Issy-les-Moulineaux Cedex: Elsevier Masson, 45-49

CENTRE HOSPITALIER ALPES-ISERE, « CATTP » in *Lexique psychiatrie et santé mentale*, <http://www.ch-saint-egreve.fr/lexique.htm> consulté le 30/03/2011

CHAUVEAU-CHAVEROCHE V. (2010), « Les Autismes, Abécédaire des théories et concepts », Paris: Seli Arslan

COTTRAUX J. (2004), « Les thérapies comportementales et cognitives », 4ème édition, Paris: Masson, 37-41

DELION P. (2007), « La pratique du packing avec les enfants autistes et psychotiques en pédopsychiatrie », Ramonville Saint-Agne: Editions Erès

DELION P., (2010), « Indication de soins » in « *La consultation avec l'enfant: approche psychopathologique du bébé à l'adolescent* », Paris: Elsevier Masson, 215-232

DENNI-KRICHEL N. (2010), « Accompagnement orthophonique des personnes présentant un trouble envahissant du développement, dont l'autisme. Dépistage et évaluation », Isbergues: Ortho Edition, Support DVD

DICTIONNAIRE JURIDIQUE, « Définition de circulaire », <http://www.dictionnaire-juridique.com/definition/circulaire.php> , consulté le 24/11/2010

DICTIONNAIRE LAROUSSE, « Proxémie », <http://www.larousse.fr/encyclopedie/article/Prox%C3%A9mie/11002378> , consulté le 15/03/2011

EIKESETH S. (2009), « Outcome of comprehensive psycho-educational interventions for young children with autism », *Research in developmental disabilities* n°30, 162-163

FERRARI P. (2010), « Prise en charge des enfants autistes et psychotiques », in *L'Autisme infantile*, Que sais-je?, Paris: Presses Universitaires de France, 99-124

GOEB J.L., BONELLI F., JARDRI R., KECHID G., LENFANT A.Y., DELION P. (2008), « Packing therapy in children and adolescents with autism and serious behavioral problems », *European psychiatry* n°23, 405-406

HAAG G. (2005), « Comment les psychanalystes peuvent aider les enfants avec autisme et leurs familles? » in Golse B., Delion P. (2005), *Autisme: état des lieux et horizons*, Ramonville Saint-Agne: Erès, 119-143

HAUTE AUTORITE DE SANTE (2010), « Argumentaire » in : HAUTE AUTORITE DE SANTE, *Autisme et autres troubles envahissants du développement, Etat des connaissances hors mécanismes physiopathologiques, psychopathologiques et recherche fondamentale*, [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_935617/autisme-et-autres-troubles-envahissants-du-developpement](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_935617/autisme-et-autres-troubles-envahissants-du-developpement), consulté le 06/04/2010

HOUZEL D., EMMANUELLI M., MOGGIO F. (2000) « Dictionnaire de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent », Paris: Presses Universitaires de France, 557-560

ITARD J. (1801) « Mémoire sur les premiers développements de Victor de l'Aveyron », in Malson L. (1964), *Les enfants sauvages*, Paris: Editions 10/18, 119-247

MANNING-COURTNEY & al. (2003), « Diagnosis and Treatment of Autism Spectrum Disorders », *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care* n°33, 291-296

MARCIANO P. (2009), « L'hôpital de jour pour enfants, dans le parcours de soins », Toulouse: Erès, 1-162

MISTERE DE LA SANTE (1960), « Circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales », <http://www.ch-charcot56.fr/textes/c150360.htm> , consulté le 24/11/2010

MINISTERE DE LA SANTE (1972), « Circulaire n° 443 du 16 mars 1972, relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies et déficiences mentales des enfants et des adolescents », Journal officiel du 21 avril 1972, [http://www.legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo\\_pdf.jspnumJO=0&dateJO=19720421&numTexte=&pageDebut=04209&pageFin=](http://www.legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo_pdf.jspnumJO=0&dateJO=19720421&numTexte=&pageDebut=04209&pageFin=), consulté le 24/11/2010, 4209-4214

MINISTERE DE LA SANTE (1992), « Circulaire n° 70 du 11 Décembre 1992, relative aux orientations de la politique de santé mentale en faveur des enfants et adolescents », Bulletin officiel n°93/5, <http://www.ch-charcot56.fr/textes/c111292.htm> consulté le 24/11/2010

MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTE (2008), « Plan Autisme 2008-2010 », [http://www.travail-emploi-sante.gouv.fr/IMG/pdf/PLAN\\_AUTISME\\_Derniere\\_version.pdf](http://www.travail-emploi-sante.gouv.fr/IMG/pdf/PLAN_AUTISME_Derniere_version.pdf) , consulté le 18/03/2011, 1-5, 13-19

NOMENCLATURE GENERALE DES ACTES PROFESSIONNELS (2011), « Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) restant en vigueur depuis la décision UNCAM du 11 mars 2005 », [http://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/ngap-03-2011.pdf](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/ngap-03-2011.pdf) , consulté le 17/03/2011, 56 - 57

PADOVAN-SYNCHRONICITE, <http://www.padovan-synchronicite.fr/html/methode2.html> , consulté le 16/03/2011

PECS FRANCE, <http://www.pecs-france.fr/WhatsPECS.php> , consulté le 15/03/2011

ROGE B. (1997), « Autisme: enfin le choix de la prise en charge », *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 7, 2, Paris: Elsevier Masson, 49-50

ROGE B. (2006), « Eric Schopler, une contribution majeure à la connaissance de l'autisme », *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, n°16, Paris: Elsevier Masson, 91-96

ROGE B. (2008), « Autisme, la fin d'une idéologie? », *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, n°18, Paris: Elsevier Masson, 89-91

ROUDINESCO E., PLON M. (2000), « Mélanie Klein » in *Dictionnaire de la psychanalyse*, Paris: Librairie Arthème Fayard, 584

ROY S. (2008), « Béhaviorisme et cognitivisme », in: Weil-Barais A., Cupa D., *100 Fiches de psychologie, 2ème édition*, Paris: Bréal, 24-25

SAVIOZ A., LEUBA G., VALLET P.G., WALZER C. (2010), « Introduction aux réseaux neuronaux. De la synapse à la psyché », Bruxelles: De Boeck, 220

TARDIF C., GEPNER B. (2009), « Recherches à visée explicative: la question du « comment » », « Prise en charge des personnes autistes et qualité de vie » in « *L'Autisme* », 2ème édition, Paris: Armand Colin, 71-101, 103-119

TAVRIS C., WADE C. (1999), « Introduction à la psychologie, Les grandes perspectives », Bruxelles: De Boeck, 21-30

TOUATI B. (2007), « Quelques repères sur l'apparition du langage et son devenir dans l'autisme » in: Touati B., Joly F., Laznik M.-C., *Langage, voix et parole dans l'autisme*, Paris: Presses Universitaires de France, 5-37

TREVARTHEN C. (2007), « Autisme et langage », in: Touati B., Joly F., Laznik M.-C., *Langage, voix et parole dans l'autisme*, Paris: Presses Universitaires de France, 217-237

WEIL-BARAIS A. (2004), « Théories et modèles de l'apprentissage », *in*: Boujon C., Gaux C., Greff E., Iralde L., Laine A., Pagoni-Andreani M., Perraudeau M., Pulido L., Weil-Barais A., *Les Apprentissages scolaires*, Paris: Bréal, 20-26

# Annexes

## **Annexe n°1 : Extraits n°1 & 2 de la circulaire n°7 0 du 11 Décembre 1992, relative aux orientations de la politique de santé mentale en faveur des enfants et adolescents.**

Extrait 1: Les orientations de la politique de santé mentale en faveur des enfants et adolescents.

*« \* contribuer, pour ce qui est de son ressort, à une approche globale du développement des enfants et adolescents, qui suppose d'identifier les spécificités propres à chaque registre (somatique, psychique, éducatif, social) et leurs interactions*

*\* favoriser une perception des problèmes de santé mentale des enfants et adolescents, dans leur entourage familial mais aussi dans le milieu social et scolaire*

*\* renforcer des actions particulières en prévention, mettant à contribution de ressources disponibles en dehors du champ propre de la psychiatrie*

*\* accroître la compétence des professionnels, pour :*

*- mieux identifier les problèmes de santé mentale des enfants et adolescents et leur mesure réelle*

*- susciter des approches spécifiques*

*\* améliorer la qualité de l'accueil et définir des cadres d'intervention qui intègrent dans le travail thérapeutique avec l'enfant la prise en compte de ses besoins de développement dans les champs éducatif, scolaire et social*

*\* développer la collaboration avec les familles et notamment avec les parents et améliorer l'intégration des soins dans la vie quotidienne des enfants et des familles*

*\* rendre plus adéquates les conditions d'accueil, d'adaptation et d'insertion des enfants et adolescents souffrant de troubles mentaux durables et source d'incapacités, selon les définitions de l'OMS en la matière. Pour ceux-ci. il importe à la fois de reconnaître et traiter les processus morbides, dans le registre de la maladie, et aussi de reconnaître les limitations et les handicaps qui s'y relient afin d'affiner sur ce plan les mesures éducatives, pédagogiques et sociales requises.*

*\* planifier l'offre de soins pour la mettre mieux en adéquation avec les besoins exprimés par la population ».*

### Extrait 2: L'hôpital de jour

*« Cette modalité de soins a considérablement évolué, elle présente désormais plus de souplesse pour les patients : l'hôpital de jour assure des soins polyvalents et intensifs, mis en œuvre par une équipe multidisciplinaire, en un lieu ouvert à la journée, mais selon une périodicité déterminée pour chaque patient, dans la journée comme dans la semaine ; l'utilisation de l'hôpital de jour répond à des indications cliniques précises, pour une pathologie nécessitant des soins à moyen ou long terme, ou parfois pour un séjour d'observation ; il doit s'articuler avec les lieux de vie habituels, milieu scolaire, équipements sociaux et culturels. [...]*

*Je vous demande de favoriser la diversité des hôpitaux de jour, qui permet de répondre aux besoins de soins de groupes différents, tout en veillant à leur complémentarité avec le dispositif psychiatrique associatif existant. Selon les cas il peut être souhaitable d'établir une coordination plurisectorielle, de telle manière que ces équipements soient à la disposition de quelques secteurs pour proposer à leurs patients la structure la mieux adaptée à leurs problèmes,*

*Ce qui suit concerne les hôpitaux de jours rattachés à des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, mais au plan technique on observe de nombreux points de convergence avec le fonctionnement des hôpitaux de jour ne participant pas à la sectorisation.*

*\* implantation et locaux : pour un certain nombre d'hôpitaux de jour déjà installés des contraintes d'implantation ou de locaux ne peuvent dans l'immédiat être dépassées, mais elles doivent être l'objet d'un réexamen afin d'apporter progressivement des améliorations : à l'avenir parmi les critères d'implantation à étudier figurent :*

- la facilité d'accès par les transports collectifs*
- l'insertion dans un milieu de vie offrant des possibilités de scolarité mais aussi d'activités de loisirs, culturelles ou sportives, et pour les plus âgés de préparation à l'insertion dans le monde du travail.*

*Chaque hôpital de jour doit disposer de locaux adaptés ; il convient d'insister sur les importantes contraintes qui apparaissent dès lors que des conditions d'insonorisation et d'espace minimum ne sont pas satisfaites : une étude attentive de l'utilisation des locaux disponibles est indissociable de la conception du projet de soins : selon les besoins sont aménagés : des lieux pour l'accueil et le temps libre, pour des groupes de vie ou d'activités, pour la scolarité etc.. Il importe ainsi de marquer une différenciation des lieux selon leur attribution tout en conservant une certaine*



souplesse permettant de modifier leur utilisation. Enfin, il faut souligner que l'organisation des transports des enfants mérite une étude attentive, car elle doit s'inscrire dans le projet thérapeutique et implique que soient déterminés les moyens nécessaires tant en personnel, qu'au plan financier.

\* *fonctionnement* : une hospitalisation de jour nécessite une préparation soigneuse, pour s'inscrire dans une continuité d'action. La pluralité du personnel et la diversité des rôles des soignants instaurent un tissu relationnel thérapeutique : la qualité, la cohérence de l'équipe sont des conditions nécessaires pour développer ces projets de soins inscrits dans la durée, qui nécessitent une grande vigilance afin de rester des projets dynamiques tant pour l'enfant que pour sa famille, et référés constamment au milieu de vie habituel de l'enfant, évitant de l'en désinsérer. À cet égard il convient de rappeler que la prise en compte des besoins de l'enfant au plan pédagogique, scolaire et social fait partie du projet de soins : l'équipe apprécie les modalités et supports à mettre en œuvre, directement au sein de l'institution ou dans un milieu scolaire habituel ou spécialisé, et en lien avec les familles. Cette appréciation s'effectue avec les enseignants, exerçant sur place le cas échéant.

En raison de ces échanges avec les familles et des activités à soutenir ou mettre en place à l'extérieur, il faut souligner que l'accueil d'enfants à temps partiel démultiplie d'autant le travail des équipes de soins.

\* *articulation des prises en charge et des relais* : il convient de rappeler que la prise en charge en hôpital de jour n'est pas exclusive d'autres formes de prise en charge complémentaires appréciées par l'équipe soignante : ainsi l'utilisation de formules d'hôpital de jour à temps partiel peut-elle être associée simultanément ou en alternance à d'autres formes de soins ambulatoires, à domicile ou au CMP, mais aussi à des formules d'accueil familial thérapeutique (y compris des formules souples, pour des temps partiels durant la journée et séquentiels, par exemple) ; s'agissant de prises en charge complémentaires avec le secteur médico-social, elles peuvent être une modalité de prise en charge particulièrement intéressante et seront argumentées auprès du médecin conseil de la Sécurité Sociale.

Enfin, j'attache une grande importance à ce que les autres besoins dans la vie quotidienne de ces enfants et de leur famille soient pris en considération, notamment en ce qui concerne l'articulation avec des relais en dehors des périodes de soins à l'hôpital de jour, ainsi que le cas échéant en dehors des périodes de fréquentation d'un établissement scolaire ; s'agissant d'enfants souffrant de pathologies lourdes,

*ces relais sociaux sont particulièrement difficiles à trouver. Je vous demande d'aborder cette question avec les partenaires concernés au premier chef, notamment les associations, les caisses d'allocations familiales, les collectivités territoriales ; en effet, si au plan technique les secteurs de psychiatrie peuvent apporter leur contribution, l'ensemble des problèmes n'est pas de leur ressort et doit être traité sur un mode plus global ».*

## **Annexe n°2 : Extrait n°3 de la circulaire n° 70 du 11 Décembre 1992, relative aux orientations de la politique de santé mentale en faveur des enfants et adolescents.**

*« Le centre médico-psychologique occupe une place prépondérante, car assurant une double fonction : accueil du public mais aussi lieu d'élaboration et de coordination, au sein de l'équipe comme avec les partenaires extérieurs.*

*Il se doit d'être aisément accessible, par ses heures d'ouverture, sa localisation, et les modalités d'accueil, tout particulièrement lors de la première prise de contact ; il est essentiel de faciliter ainsi la démarche des parents, de l'enfant, de l'adolescent vers les structures du secteur. Dans ce but, l'implantation d'antennes dans des dispositifs polyvalents de prévention ou de soins destinés aux enfants ou aux adolescents mérite d'être favorisée lorsque c'est possible. Il importe enfin de rappeler que le respect du libre choix implique d'accueillir un patient qui n'est pas du secteur.*

*Les prestations offertes par le centre médico-psychologique doivent associer les compétences d'une équipe pluridisciplinaire : psychiatre, psychologue, infirmier, éducateur, orthophoniste, psychomotricien, assistant de service social, secrétaire médicale, mais aussi pédagogue, animateur socio-culturel etc. ; la diversité des intervenants impose qu'ils travaillent d'une manière étroitement coordonnée et élaborent un projet qui s'inscrit dans le temps, est régulièrement évalué et réajusté.*

*Si l'équipe est garante de la cohérence du projet, ce dernier ne se conçoit que dans un dialogue constant avec la famille ; il s'agit pour les équipes de créer pour l'enfant un espace de confidentialité, tout en tenant compte du légitime désir d'information des parents et de la nécessité de les éclairer sur les difficultés de l'enfant et de leur apporter conseils et soutien ; une attention particulière doit être portée à l'examen des orientations, notamment en hôpital de jour, en hôpital à temps complet, ou dans un établissement médico-éducatif : il est de la responsabilité de l'équipe de proposer les structures adéquates à la famille et d'entamer des contacts préalables avec ces structures afin d'éclairer les choix des familles. »*

## Annexe n°3 : Le questionnaire.

### Questionnaire à destination des orthophonistes exerçant en CMP et/ou hôpitaux de jour de la Métropole lilloise.

#### LA PRISE EN CHARGE ORTHOPHONIQUE DES ENFANTS AUTISTES EN CMP ET HOPITAL DE JOUR

##### I. VOTRE FORMATION

1/ Année d'obtention du diplôme : .....

2/ Avez-vous toujours exercé en CMP ?

Oui Non

Si non, vous avez également exercé en :

- Libéral
- Service hospitalier
- En Institution : .....

3/ Depuis combien d'années exercez-vous en CMP/hôpital de jour ? .....

4/ Le domaine de la psychiatrie vous a-t il toujours intéressé ?

Oui Non

##### II. PRISE EN CHARGE ORTHOPHONIQUE DE L'AUTISME

1/ Les demandes de prise en charge pour enfants autistes en CMP/hôpital de jour (entourez votre lieu de travail) sont-elles :

- Majoritaires
- Fréquentes
- Rares

2/ Lors de l'accueil d'un enfant autiste en CMP/hôpital de jour (entourez votre lieu de travail), quel professionnel médical et/ou paramédical est prioritairement contacté ?

- Le pédopsychiatre
- Le psychologue
- Le psychomotricien
- L'orthophoniste
- Cela dépend des enfants
- Cela dépend de la demande des parents
- Autre :

**3/ La place de l'orthophoniste dans la prise en charge pluridisciplinaire de l'enfant autiste est-elle :**

- Clairement définie
- Considérée comme indispensable
- Considérée comme secondaire
- Respectée
- Autre : ....

**4/ Pensez-vous que l'orthophoniste en CMP/hôpital de jour (entoure votre lieu de travail) est le mieux placé pour suivre un enfant autiste ?**

Oui    Non

Si non, qui devrait selon vous prendre en charge ces enfants ?

- Les orthophonistes en hôpital de jour
- Les orthophonistes en libéral
- Les orthophonistes formé(e)s spécialement à l'autisme
- Les orthophonistes en institut médico-éducatif (IME)
- Autre : ....

**5/ Lors de l'accueil d'un enfant autiste, réalisez-vous un bilan ?**

Oui    Non

Si oui, à l'aide de :

- Tests étalonnés
- « D'épreuves » personnelles, d'un protocole créé par vos soins
- D'observations « écologiques »
- Autres : .....

**6/ Lors des séances de rééducation, utilisez-vous un matériel et/ou une méthode privilégiée ?**

Oui    Non

Si oui, le(s)quel(s) ? .....

Utilisez-vous ces matériels/méthodes :

- Par choix
- Sur demande du CMP/ de l'hôpital
- Sur demande des parents
- Autre : .....

**7/ Combien de séances par semaine réalisez-vous avec les enfants porteurs de troubles autistiques ? .....****8/ Participez-vous à des séances en groupe, en partenariat avec d'autres professionnels de santé ?**

Oui    Non

### III. AUTISME & ACTUALITES

#### 1/ Ces deux dernières années, avez-vous suivi l'actualité concernant l'autisme ?

Oui :  de temps en temps Non

- en référence à un patient, une prise en charge
- suite à des questions de parents
- régulièrement

Si oui, vous vous intéressez surtout:

- Aux derniers ouvrages parus (ouvrages vendus en librairie)
- Aux articles scientifiques récents
- Aux émissions télévisées
- Aux formations proposées aux orthophonistes
- Aux sites internet d'associations et/ou de parents d'enfants autistes
- Aux conférences
- Autre : .....

#### 2/ Avez-vous assisté à une ou plusieurs formations concernant l'autisme depuis l'obtention de votre diplôme ?

Oui  Non

Si oui, était-ce :

- Une formation souhaitée
- Une formation recommandée (par le CMP, l'hôpital de jour, des parents...)
- Une formation imposée (par le CMP, l'hôpital de jour...)
- Autre : .....

Si non, est-ce :

- Par choix  Parce qu'aucune formation ne répond actuellement à votre demande
- Par refus du centre  Autre : .....
- Par manque de temps

#### 3/ Dans votre pratique, avez-vous constaté une évolution concernant les demandes de prise en charge des enfants autistes en CMP?

Oui  Nouvelles directives ministérielles Non

- Médiatisation de l'autisme
- Demandes spécifiques de la part des parents
- Exigences parentales
- Exigences hiérarchiques
- Prise en charge d'enfants de plus en plus jeunes
- Autre : .....

#### 4/ Quels sigles/organismes/termes connaissez-vous ?

- |                                   |                                  |   |
|-----------------------------------|----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> MAKATON  | <input type="checkbox"/> TEACCH  | <input type="checkbox"/> CIM-10         |
| <input type="checkbox"/> DSM(-IV) | <input type="checkbox"/> CFTMEA  | <input type="checkbox"/> Autisme France |
| <input type="checkbox"/> ABA      | <input type="checkbox"/> ADI     | <input type="checkbox"/> TCC            |
| <input type="checkbox"/> PRL      | <input type="checkbox"/> LOVAAS  | <input type="checkbox"/> PECS           |
| <input type="checkbox"/> CRA      | <input type="checkbox"/> PACKING | <input type="checkbox"/> Léa pour Samy  |

Autres sigles ou organismes utilisés/cités fréquemment dans votre pratique: .....

**5/ Trouveriez-vous utile/intéressant/indispensable la création d'un support informatique (type CD-Rom, DVD) sur la prise en charge orthophonique des enfants avec troubles autistiques (actualisation des connaissances sur l'autisme, pistes de rééducation, présentation d'un bilan type, vidéos) ?**

Oui Non

**6/ Souhaiteriez-vous avoir connaissance des résultats de mon mémoire sous forme électronique ?**

Oui Non

Si oui, veuillez renseigner votre adresse électronique:

*Suite à ce questionnaire, avez-vous des commentaires ou des suggestions ?*

*Auriez-vous des références/des lectures à me conseiller ?*

## **Annexe n°4 : Liste des CMP et HJ sur la Métropole lilloise.**

### Les CMP:

- 132 bis, rue Jean Jaurès, 59160 Lomme
- 234, rue de Paris, 59000 Lille
- 5, rue Louis Blanc, 59800 Lille
- Parc Avenue, Chemin de Lompret, 59130 Lambersart
- 211, Rue du Général Leclerc, 59350 Saint-André-Lez-Lille
- 55, avenue Saint-Maur, 59110 La Madeleine
- 1, rue des Comices, 59650 Villeneuve d'Ascq
- 72, rue Nationale, 59710 Pont-à-Marcq
- 92, rue du Général de Gaulle, 59370 Mons-en-Baroeul
- 86, rue Pellart, 59100 Roubaix
- 56-58, rue du Docteur Leplat, 59150 Wattrelos
- 12, rue Rémy Cogghe, 59100 Roubaix
- 55-57, rue de Lille, 59100 Roubaix
- 304, avenue Motte, 59100 Roubaix
- 10, place du Marché aux Toiles, 59280 Armentières
- 4, rue Dennetière, BP 116, 59433 Halluin
- 75, rue Nationale, 59200 Tourcoing

### Les HJ:

- HJ l'Opéra Bleu, 83, avenue de Flandre, 59650 Villeneuve d'Ascq
- HJ Mosaïque, Espace Montebello, 41, rue Van Hende, 59000 Lille
- HJ le Regain, 217, rue du Général Leclerc, 59350 Saint-André-Lez-Lille
- HJ l'Arc-en-Ciel, 55, rue de Lille, 59100 Roubaix
- HJ Centre Robert Vullien, Unités Mozart et Vivaldi, 88, rue des Murets, BP 10, 59487 Armentières cedex



## **Annexe n°5 : Trame des interviews menées auprès des orthophonistes exerçant en CMP et HJ de la Métropole lilloise: « Entretien: les points-clefs à développer ».**

Entretien: les points-clefs à développer.

### **1/ L'intérêt pour la psychiatrie:**

- depuis quand?
- qu'est-ce qui suscite/a suscité votre intérêt pour la psychiatrie?
- qu'est-ce qui vous a amené à travailler en CMP/HJ?
- qu'est-ce qui vous motive/a motivé à prendre en charge des enfants autistes?
- quelles formations avez-vous réalisé?
- y a-t'il des formations que vous aimeriez voir mises en place, auxquelles vous aimeriez participer?

### **2/ L'évolution des demandes de prise en charge:**

- les enfants sont-ils plus jeunes?
- les parents sont-ils plus informés sur l'autisme?
- les parents sont-ils préférentiellement engagés dans un courant de pensée?
- les parents sont-ils plus exigeants?
- les parents sont-ils davantage demandeurs de conseils?
- les parents formulent-ils la demande d'une utilisation d'une méthode/d'un matériel particulier?

*Lien avec:*

### **3/ Les éventuelles pressions parentales ou hiérarchiques:**

- ressentez-vous des pressions parentales ou hiérarchiques?
- si oui, comment s'expriment ces pressions?
- sont-elles d'apparition récente?
- s'accroissent-elles au fil des années?

**4/ Le bilan de l'enfant porteur de troubles autistiques:**

- utilisez-vous un protocole, des axes d'observations, un matériel particuliers?
- combien de temps/séances consacrez-vous au bilan?
- les parents sont-ils présents lors du temps du bilan?

**5/ Les séances:**

- privilégiez-vous des matériels ou des méthodes lors de vos séances avec les enfants porteurs de troubles autistiques?
- établissez-vous des priorités de travail? Si oui, lesquelles?
- aimeriez-vous avoir à disposition un matériel/méthode/local particulier?
- faites-vous des séances avec la famille/la fratrie?
- pour vous, existe-t-il une prise en charge idéale? Si oui, laquelle?

# Etat des lieux de la prise en charge orthophonique des enfants porteurs de traits autistiques, dans les centres médico-psychologiques et hôpitaux de jour de la Métropole lilloise.

Marie TABAUD

1 volume : 114 pages

Discipline : Orthophonie

## Résumé :

Actuellement, l'autisme occupe le devant de la scène nationale grâce à la succession de deux plans de financement pour la recherche et le développement de structures spécialisées, dont l'un est en cours, et l'action toujours importante des associations de parents. Dans ce contexte, nous souhaitons apporter notre contribution aux orthophonistes et au Centre Ressources Autismes Nord-Pas-de-Calais.

Nous avons choisi de dresser un état des lieux des différents courants théoriques de prise en charge de l'autisme ainsi que de la prise en charge orthophonique des enfants porteurs de traits autistiques, au sein de la Métropole lilloise. Cette deuxième partie de notre enquête s'articule autour de deux types d'établissements: les centres médico-psychologiques (CMP) et les hôpitaux de jour (HJ). Les objectifs de notre enquête sont de comprendre et de mettre au jour les conditions pratiques et les apports théoriques à partir desquels les enfants autistes de la Métropole sont pris en charge en CMP et HJ, ainsi que de mettre en évidence une éventuelle demande de formation de la part des orthophonistes concernés.

Notre démarche a été menée à bien à l'aide d'un questionnaire à destination des orthophonistes exerçant dans les structures cibles, ainsi que de la réalisation d'interviews et de notre participation active à une des réunions intersectorielles de psychiatrie infanto-juvénile de la Métropole. Au terme de nos recherches, cet état des lieux révèle la position des CMP et HJ vis-à-vis des diverses pratiques de rééducation dans le domaine de l'autisme et met en évidence une réelle demande de formation de la part des orthophonistes concernés.

## Mots-clés :

autisme, hôpital de jour, centre médico-psychologique, orthophonie, Métropole lilloise, prise en charge

## Abstract :

Today, autism is in the forefront, in France, thanks to the succession of two financing plans for research and development of specialised structures, and thanks to the action and willingness of parents'associations. In this context, we wanted to make a contribution to the work of the speech therapists and the information centre on Autisms in Nord-Pas-de-Calais.

We have chosen to compile an inventory of the different theories of care for autism, and care of autistic children supported by speech therapists in Lille. This second part of our investigation is based on two categories of establishments: medical and psychological centres (Centres médico-psychologiques, CMP) and day hospitals (hôpitaux de jour, HJ). The objectives of our investigation are to understand and to update the practical and theoretical means by which autistic children are supported in CMP and day hospitals, as well as to emphasize any need for training from speech therapists concerned.

Our initiative has been conducted using a questionnaire intended to speech therapists working in CMP and open day hospitals, as well as conducting interviews and participating to intersectoral meetings on child psychiatry. Finally, our investigation reveals the position of CMP and day hospitals in relation to different rehabilitation practices in the field of autism and emphasizes a real need for training from the speech therapists concerned.

## Keywords :

autism, day hospital, medical and psychological centre, speech therapy, Lille, care

MEMOIRE dirigé par : **LORENDEAU Anne**, ITEP de Croix (59)