Document generated on 04/25/2024 8:40 a.m.

Santé mentale au Québec

L'intervention psycho-éducative auprès d'enfants autistes : Une expérience en psychiatrie à Lyon

A psycho-educational intervention with autistic children: A psychiatrie experience in Lyon

La intervencion sicoeducativa con nifios autistas: Una experiencia de siquiatria en Lyon

Sabine Manificat, Valérie MaIo, Christine Bon and Marie Gazziola

Volume 23, Number 1, Spring 1998

Autisme

URI: https://id.erudit.org/iderudit/032436ar
DOI: https://doi.org/10.7202/032436ar

See table of contents

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)
1708-3923 (digital)

Explore this journal

Cite this article

Manificat, S., MaIo, V., Bon, C. & Gazziola, M. (1998). L'intervention psycho-éducative auprès d'enfants autistes : Une expérience en psychiatrie à Lyon. *Santé mentale au Québec*, *23*(1), 43–66. https://doi.org/10.7202/032436ar

Article abstract

A "TEACCH" experience conducted in Lyon, France, with autistic children within the framework of an infant-juvenile psychiatric intersectory is described here: the proposal for an invidualized educational project stems from the developmental possibilities of each child; taking children into care is inspired by Schopler's proposals: in a structured environment the child is placed in an educational setting; alternatives to verbal communication are also proposed to the children, who for the most part are non verbal. At the same time, work with families is put into place: it consists of support in the taking in charge by the parents on a daily basis of the handicap of the child: a broad place is given to the harmonization of help to the child in his different life contexts. Contribution and limits of this work are also discussed: the child's capacity to relax, the improvement of his relational capacities and his autonomy are noteworthy; restauration of quality of life and relation with famililies is clear; the child's mental deficit is obviously a limiting factor.

Tous droits réservés © Santé mentale au Québec, 1998

This document is protected by copyright law. Use of the services of Érudit (including reproduction) is subject to its terms and conditions, which can be viewed online.

https://apropos.erudit.org/en/users/policy-on-use/

This article is disseminated and preserved by Érudit.

Érudit is a non-profit inter-university consortium of the Université de Montréal, Université Laval, and the Université du Québec à Montréal. Its mission is to promote and disseminate research.

https://www.erudit.org/en/

L'intervention psycho-éducative auprès d'enfants autistes

Une expérience en psychiatrie à Lyon

Sabine Manificat*
Valérie Malo**
Christine Bon***
Marie Gazziola***

Une expérience de travail « TEACCH » réalisée à Lyon, en France, auprès d'enfants autistes dans le cadre d'un intersecteur de psychiatrie infanto-juvénile est ici décrite : la proposition d'un projet éducatif individualisé part de l'évaluation des possibilités développementales de chacun des enfants; la prise en charge des enfants s'inspire des propositions faites par E. Schopler : dans un environnement structuré l'enfant est mis en situation éducative; des alternatives à la communication verbale sont également proposées aux enfants, pour la plupart non verbaux. Un travail avec les familles est parallèlement mis en œuvre : il consiste en un accompagnement dans la prise en charge quotidienne du handicap par les parents; une grande place est accordée à l'harmonisation des aides apportées à l'enfant dans ses différents contextes de vie. Les apports et limites de ce travail sont discutés : la détente de l'enfant, l'amélioration de ses capacités relationnelles et de son autonomie sont notables; la restauration d'une qualité de vie et de relation au niveau familial est nette; le déficit mental de l'enfant est de toute évidence un facteur limitant.

En France, l'approche dominante concernant la prise en charge de l'autisme est d'inspiration psychanalytique. Ce travail relate une expérience différente, de cinq ans, auprès d'enfants autistes et de leurs familles, guidée par les propositions que Schopler a mises en œuvre depuis maintenant 25 ans en Caroline du Nord, pour le projet « Division TEACCH » (Schopler et al., 1989; Schopler, 1997, 191-207). Le programme TEACCH, pris en charge financièrement par l'État de Caroline du Nord, prévoit une continuité de services offerts à la population de sujets autistes, de l'enfance à l'âge adulte. Chez l'enfant, l'approche

* Pédopsychiatre.
** Psychologue.
*** Educatrice.

préconisée est développementale et se réfère aux travaux de Rutter et Schopler, en 1978, puis de Schopler et Mesibov, en 1987, qui ont décrit les dysfonctionnements cognitifs repérables chez les enfants autistes (troubles de la perception, de la compréhension et de la communication) ; elle propose un enseignement structuré dont l'objectif principal est d'améliorer les compétences de ces enfants, de développer leur autonomie et de leur permettre de s'insérer dans leur environnement naturel ; une place importante y est accordée à la collaboration entre les parents et les professionnels. Les évaluations réalisées par les auteurs du programme rapportent une diminution du taux d'institutionnalisation, une satisfaction élevée des parents et un accroissement de leur implication auprès de leur enfant (Schopler et al., 1982 ; Rutter et al., 1973).

Adapter cette démarche à un contexte français suppose de dépasser les a priori dominants et de privilégier une approche pragmatique.

Après la parution du Rapport sur le vécu des autistes et de leurs familles en France (Autisme France, 1994), recueil de témoignages de parents d'enfants autistes remis au ministère des Affaires sociales, les travaux réalisés en 1994 par l'A.N.D.E.M. (Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale, 1994) soulignaient l'intérêt de la démarche évaluative du programme TEACCH, approche encore très marginale et souvent conduite de façon non officielle en France. C'est dans un cadre tout à fait reconnu, puisqu'il s'agit d'un intersecteur de psychiatrie infanto-juvénile, que nous avons pu conduire notre travail.

Nous ne reprendrons pas ici les constatations cognitives qui conduisent à envisager une approche psycho-éducative de l'autisme (Frith, 1992) ; nous voulons plutôt présenter notre pratique et en discuter les apports et les limites.

Du « groupe expérimental » au CATTP spécialisé

Proposer de travailler « façon TEACCH » au sein d'un hôpital psychiatrique français n'est pas habituel (bien que d'autres expériences aient été décrites en France, notamment par Constant, 1997, et Dessaux, 1992), et il nous paraît important de resituer notre pratique dans son contexte.

C'est au départ la découverte, au cours d'un congrès, d'un discours différent sur l'autisme et de parents très demandeurs de ce type de prise en charge qui poussa notre curiosité à aller voir de plus près cette approche développementale et fonctionnelle. Puis la rencontre de deux

personnes (une infirmière et une pédopsychiatre) ayant suivi une formation à l'approche éducative de l'autisme auprès de Théo Peeters et de son équipe (Peeters, 1996; Gillberg et Peeters, 1995) conduisit à la proposition d'un tel projet de prise en charge pour les enfants de l'intersecteur. La bienveillance prudente du chef de service autorisa l'ouverture d'un groupe « expérimental », deux demi-journées par semaine, pour tester la mise en œuvre de cette approche auprès de trois enfants, avec remise d'un rapport d'évaluation du travail au terme d'un an. Ces résultats et observations firent l'objet d'une présentation au corps médical de l'établissement, et les réactions furent de trois types : certains nous firent part de leur intérêt, tout particulièrement en ce qui concerne la part évaluative de cette approche, d'autres ne se prononcèrent pas, et chez d'autres enfin notre exposé suscita des réactions très vives, centrées sur la crainte d'une méconnaissance, voire d'une dévalorisation de leur propre travail, et d'un détournement de clientèle. Le climat intra-muros était un reflet assez proche du contexte français vis-à-vis de l'autisme.

Rapidement, la mobilisation observée chez les enfants bénéficiant de cette prise en charge et les améliorations notées par leurs familles nous conduisirent à proposer une extension de ce groupe, à la fois en durée pour les enfants déjà pris en charge mais aussi en nombre d'enfants accueillis, puisque nous étions de plus en plus sollicités pour des avis diagnostiques, et des prises en charge de jeunes enfants. Une réponse positive nous fut donnée pour une extension du groupe existant : il fonctionne actuellement 4 demi-journées par semaine et accueille, sous la modalité CATTP (centre d'accueil thérapeutique à temps partiel), 4 ou 5 enfants âgés de 4 à 12 ans, qui présentent un trouble envahissant du développement (lors de leur admission, leur score à la CARS — *Childhood Autism Rating Scale* de Schopler et al., 1988 — allait de 33 à 54 et leurs âges développementaux s'échelonnaient de 14-17 mois à 25-30 mois, pour des âges chronologiques de 4 à 9 ans). Le personnel accordé pour cette petite unité comprend deux éducatrices à mi-temps, une psychologue et une pédopsychiatre une journée par semaine, ces personnes ayant en commun une formation théorique et pratique aux approches psycho-éducatives (auprès de T. Peeters ou de G. Mesibov). Durant leur présence au CATTP les enfants sont sous la responsabilité de deux adultes (deux éducatrices ou une éducatrice et une psychologue). Outre la prise en charge des enfants de ce groupe et du travail avec leurs familles, une activité de consultation externe et d'observation diagnostique est réalisée, mais *a minima* du fait de la limitation de nos moyens. Le projet de centre diagnostique et de prise en charge ambulatoire a, quant à lui, reçu l'approbation de

l'établissement et des instances départementales mais n'est pas, à ce jour, financé.

L'ACCUEIL AU CATTP

a) La démarche évaluative

Asseoir le projet sur une évaluation développementale préalable

Cette démarche va être antérieure à toute prise en charge de l'enfant : il est habituel de surestimer les aptitudes d'un enfant autiste. Au-delà de ce que nous supposons, il convient de vérifier avec précision les compétences réelles actuelles d'un enfant autiste. Le profil psycho-éducatif (PEP-R, Schopler et al., 1990) permet d'évaluer ses possibilités développementales dans sept domaines fonctionnels différents : l'imitation, la perception, la motricité fine, la motricité globale, la coordination oculo-manuelle, les performances cognitives et la cognition verbale ; cet instrument permet de repérer, notamment pour des enfants qui n'ont pas accès au langage, leurs possibilités actuelles (les acquis) et les capacités qui sont chez eux en train de se développer (les émergences).

Un projet éducatif « sur mesure »

Le repérage des compétences d'un enfant permet de construire pour lui un projet réaliste et « sur mesure », qui tienne compte de ses capacités développementales, de ses intérêts et préférences, de son âge réel. Il définit précisément :

- les adaptations de l'environnement qui seront nécessaires à cet enfant (protections, visualisations...) ;
- les objectifs qui sont escomptés (dans divers domaines de sa vie, non seulement au CATTP, mais à l'extérieur, à l'école, en famille) ;
- les moyens mis en œuvre pour y parvenir (quelle tâche pédagogique pour l'amener à comprendre telle nouvelle situation ? quelle tâche éducative pour le conduire à utiliser dans le quotidien ses possibilités ? etc.).

Des parents partenaires

Les parents sont conviés à ces évaluations : il s'agit habituellement du PEP-R (Schopler et al., 1990), parfois de l'EDEI-R (Perron-Borelli, 1996), voire de l'AAPEP (Mesibov et al., 1988) pour les enfants plus grands. Cette démarche nous paraît fondamentale, surtout en début de

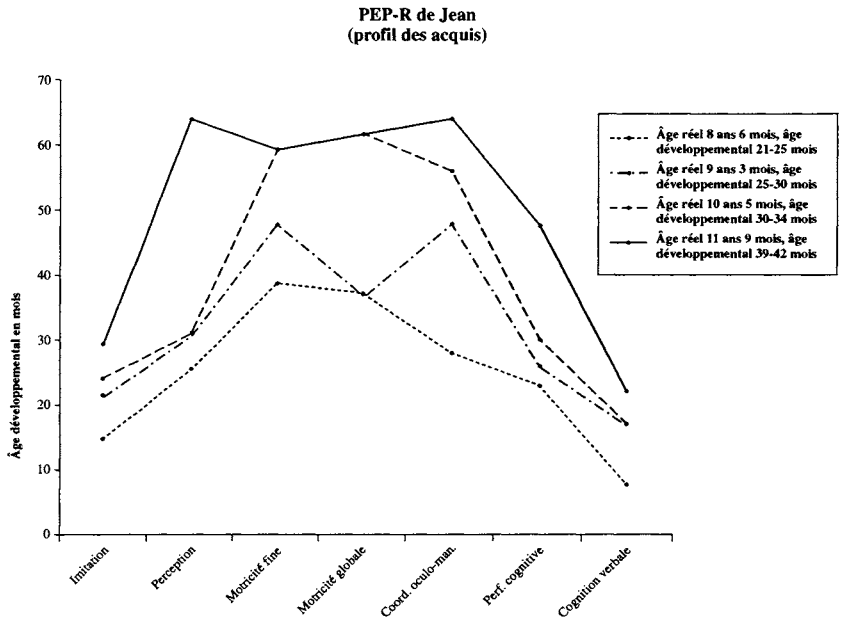
prise en charge : elle permet à la fois de nous donner une expérience commune de leur enfant, dont nous reparlerons ensemble (en particulier pour souligner ses compétences, qui seront les points forts à la base de notre travail avec lui), et aussi de leur montrer que nous n'avons pas de solution magique pour résoudre les problèmes qui se posent (voire que nous sommes parfois nous aussi en difficulté avec leur enfant), mais qu'en revanche une adaptation de l'environnement et du matériel qui lui est présenté peut lui permettre de se détendre, manifester de l'intérêt pour ce qui lui est proposé et ainsi devenir plus coopératif et plus compréhensible. Le dialogue avec les parents nous permettra aussi de dégager les points plus particulièrement difficiles dans la vie familiale et d'inclure dans le projet de l'enfant des propositions visant à les améliorer.

Évaluer mais aussi réévaluer : pour une dynamique du projet

Les évaluations sont répétées chaque année pour chaque enfant. Une telle démarche permet de mesurer ses progrès, de s'interroger s'il n'y en a pas et alors de modifier les stratégies mises en œuvre. Dans notre expérience, les domaines les plus rapidement mobilisables sont les perceptions et la coordination oculo-manuelle ; dans un second temps viennent la motricité fine et les performances cognitives, alors que l'imitation et la cognition verbale demeurent habituellement des points de moindre compétence (à titre d'exemple, voir aux figures 1 à 4 les profils successifs obtenus chez quatre enfants au cours de 2 ou 3 années de prise en charge).

De même, le projet éducatif fera l'objet de réajustements réguliers, évoluant en même temps que l'enfant.

Figure 1



b) L'adaptation de l'environnement

Un environnement structuré

Les enfants sont accueillis dans un environnement structuré (Peeters, 1996, 38-58), chaque lieu étant identifié à une activité : l'espace « loisirs », qui correspond à un espace de repos ou d'activité libre ; l'espace « travail », dans lequel chaque enfant dispose d'une petite table où il pourra réaliser des activités de façon autonome, d'autres tables étant réservées à un travail guidé par un adulte, en face à face ; l'espace « goûter » ; et d'autres lieux partagés avec un service adjacent (salle de psychomotricité, cour extérieure, sanitaires...). Cet espace est modulable grâce à des cloisons mobiles, ce qui autorise toutes modifications selon les difficultés que présentent les enfants accueillis, et leurs progrès.

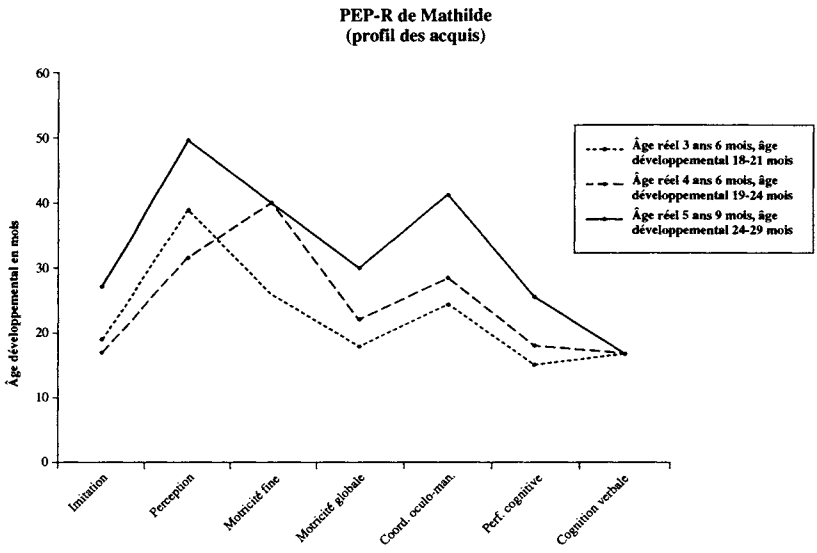
Outre cette structuration de l'espace, le temps de l'enfant est également structuré, et des supports visuels (objets, photographies ou pictogrammes selon le niveau de compréhension de l'enfant) permettent de lui représenter l'emploi du temps de sa demi-journée (schéma de journée).

Cet espace clarifié facilite pour les enfants accueillis le repérage spatio-temporel. Nous observons quotidiennement — et néanmoins toujours avec une certaine surprise — l'apaisement qu'apporte à ces enfants la structuration de l'environnement ; ce climat de détente, souvent remarqué par les visiteurs, est bien entendu propice à la disponibilité de l'enfant. Les parents de Romain, 11 ans, revenant d'une visite de l'établissement susceptible d'accueillir leur fils, nous racontent : « Le début de la visite était difficile ; Romain commençait à s'énerver ; dès que nous sommes entrés dans l'atelier, nous l'avons senti immédiatement à son affaire, il était à l'aise, en terrain connu. » Il n'était pourtant jamais allé dans cet établissement, mais la structuration et la présence de repères visuels lui étaient familiers et par conséquent sécurisants.

Un espace individuel adapté, propice à l'obtention de l'attention de l'enfant

De même, chaque espace de travail individuel est adapté aux caractéristiques d'un enfant donné, afin de limiter les stimuli (la mise en lien des stimuli étant en soi difficile pour l'enfant autiste, Frith, 1992), de le centrer sur une tâche, d'éviter sa dispersion (les parents de Jérôme racontent qu'il était capable d'aller chercher son pyjama dans sa chambre si on le lui demandait, mais que tout élément imprévu sur son parcours — porte de placard ouverte, télévision allumée... — le perturbait et lui faisait perdre son intention initiale). Ainsi l'installation de chaque enfant tient compte de ses difficultés propres : nécessité d'être isolé (cloisons de chaque côté de son bureau), de limiter le nombre de stimuli (table face au mur), etc. Il est tentant de rapprocher cette adaptation de l'environnement et cette protection de l'enfant autiste que nous mettons en œuvre lorsque nous souhaitons obtenir de lui concentration et compréhension, des mesures préconisées par les médecins de prématurés, qui protègent ces enfants des stimuli extérieurs et leur proposent des jeux ou stimuli simplifiés comportant une seule modalité sensorielle, cela en raison de l'abaissement de leur sensibilité aux stimuli (Brazelton, 1981, 127-129).

Figure 2



c) Le travail avec l'enfant

Durant sa présence au CATTP, l'enfant va être sollicité en alternance pour faire des réalisations autonomes (mise en application de ses compétences) et pour développer de nouvelles aptitudes (travail guidé par un adulte); lorsque cela devient possible, des temps plus collectifs sont proposés : réalisations en commun (bricolage, montage...), jeux de société. Par ailleurs, le reste de la demi-journée comporte des temps de loisir et le temps du goûter.

1) Apprendre : le « face à face »

Apprendre à maîtriser des gestes (moteurs et mentaux)

De façon quotidienne chaque enfant bénéficie d'un temps de travail « en face à face » : ici, guidé par une éducatrice ou une psychologue, il va découvrir de nouvelles tâches (travail sur les émergences — il s'agit des compétences en cours d'acquisition — repérées au cours de l'évaluation).

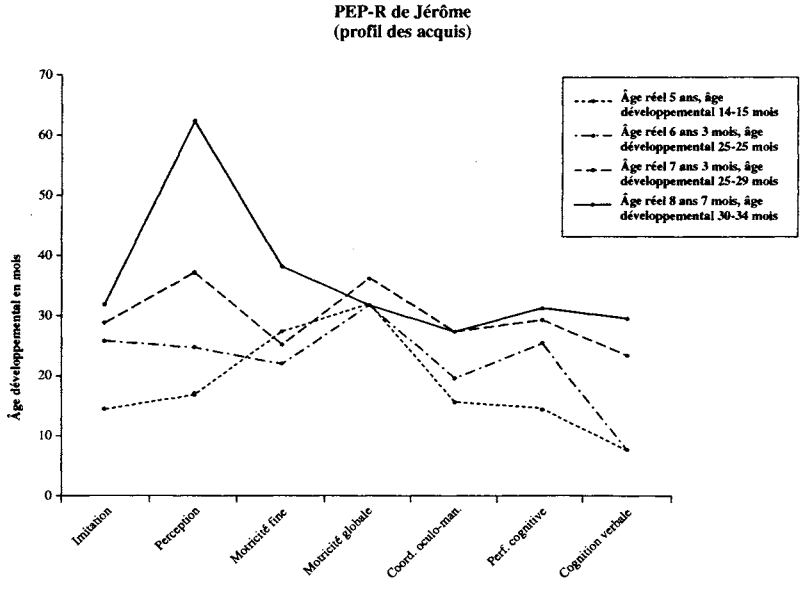
Il peut s'agir d'exercices sensori-moteurs (encastrements, cubes gigognes...), de motricité fine (découper, enfiler...), de graphisme, de préparation à la lecture, de structuration spatiale et temporelle, d'acquisition du concept de nombre, de logique élémentaire (classer, ordonner),

mais aussi de l'acquisition de gestes de la vie quotidienne en vue d'une amélioration de l'autonomie vestimentaire, alimentaire...

Une aide « à la carte »

L'aide apportée par l'adulte dans cet apprentissage va de l'accompagnement gestuel à la simple consigne verbale ou écrite (ces niveaux d'aide sont bien décrits par Magerotte et Montreuil, 1994, 117-127). Elle s'allège progressivement eu égard aux progrès réalisés par l'enfant. Ce travail nous remet continuellement en question : l'enfant nous comprend-il, sait-il ce que nous attendons de lui ? Dans cet échange, à nous de nous adapter, de trouver le meilleur moyen pour qu'il nous comprenne, de modifier le matériel présenté pour être toujours au plus près de ses compétences, de ce que ses structurès cognitives peuvent assimiler.

Figure 3



Viser une compréhension de l'enfant et non seulement une reproduction rigide

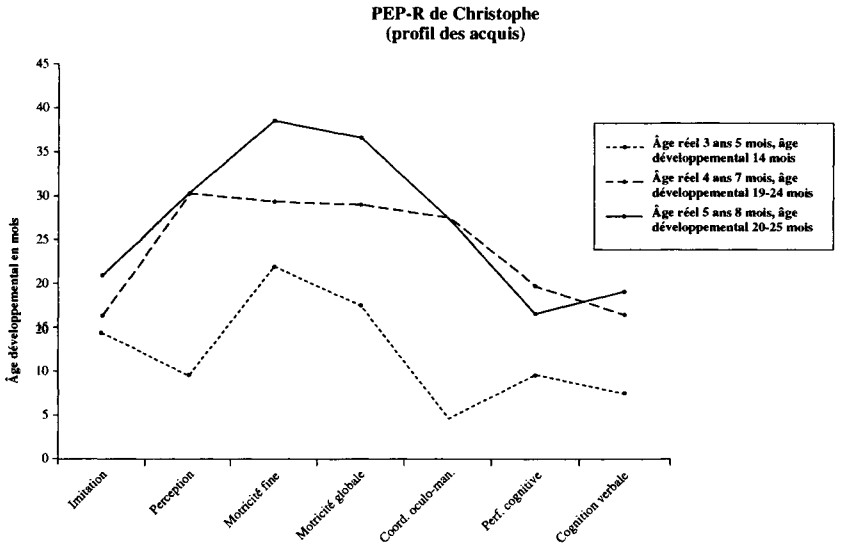
Ensuite nous visons la généralisation de ses schèmes nouvellement construits, ainsi nous varions le contenu, les personnes travaillant avec l'enfant... L'enfant autiste, par son fonctionnement extrêmement

rigide, nous enseigne à être très vigilants : à nous d'introduire des situations inhabituelles afin de créer l'accommodation de ses schèmes (par exemple, il va manquer des objets, ou l'ordre de présentation du travail varie, ou encore il y aura des erreurs ou des situations impossibles à réaliser...).

Faire progresser l'enfant du point de vue de ses structures cognitives aura des répercussions sur le développement de son autonomie, de sa capacité à communiquer.

Enfin, lorsque l'enfant devient capable dans ce contexte de face à face de maîtriser l'activité présentée, elle lui est alors proposée en travail individuel et le travail en face à face aborde une nouvelle difficulté (même niveau conceptuel mais avec un contenu différent, ou bien autre concept avec un même contenu...).

Figure 4



2) « Travailler » : une mise en situation de l'enfant

Mettre en œuvre ses compétences

« Travailler » signifie ici réaliser des tâches qui ne sont pas à l'initiative propre de l'enfant mais à la demande de l'adulte : à sa table de travail individuelle, dans un environnement structuré, nous demandons

à l'enfant de réaliser des tâches courtes et simples pour lui (ses capacités à réussir ce qui est demandé ayant été préalablement vérifiées par l'évaluation).

Faire tout seul : expérimenter l'autonomie, en toute sécurité

« Faire tout seul » est une des premières exigences que nous avons à l'égard de l'enfant. Bien souvent, il s'agit en fait pour lui d'une première expérience d'exigence à son égard : celle-ci est à sa mesure ; il s'agit aussi d'une expérience de stabilité (la plupart des enfants ainsi placés pour la première fois en situation de travail individuel travaillent debout et doivent apprendre à rester assis et à se détendre) ; la durée de ce travail indépendant est aussi adaptée aux possibilités de l'enfant : habituellement très brève au départ (parfois inférieure à 1 minute...), elle pourra progressivement s'allonger. Nous veillons, en effet, à ce que cette mise en situation soit, pour l'enfant, la plus positive possible, et nous nous situons toujours en dessous de son seuil de tolérance (en terme de durée, difficulté...) afin qu'il puisse expérimenter un sentiment de réussite alors qu'il agit lui-même sur son environnement. La structuration de l'environnement et l'organisation visuelle des activités (bien décrites par Gillberg et Peeters, 1995, 85-92) sécurisent l'enfant dans cet exercice de son autonomie. Nous recherchons également au départ les activités les plus motivantes pour l'enfant (dans le choix des matériaux, formes, couleurs, sons, etc.) afin de l'intéresser à son travail ; il nous arrive aussi d'utiliser des éléments incitateurs, qui peuvent prendre des formes variées (la « récompense » après le travail peut être un bonbon, le jeu préféré de l'enfant, une autre activité : jeu moteur, sortie...) ; dans notre expérience, ces éléments facilitateurs sont généralement utiles en tout début de prise en charge, lorsque l'enfant ne connaît pas encore ce contexte de travail autonome, mais ils peuvent être abandonnés rapidement, dès qu'il découvre un intérêt propre pour les activités proposées et tire satisfaction de leur réalisation.

Des adultes attentifs à la réussite autonome de l'enfant

L'aide de l'adulte est, dans ce contexte de travail indépendant, la plus réduite possible, car notre objectif est de lui permettre des réalisations autonomes. Cependant, au début, un guidage physique de l'enfant est habituellement nécessaire, et il sera progressivement diminué. Si l'enfant reste, dans ces moments, dépendant de cette aide de l'adulte, nous réanalysons le contenu de ses activités (sont-elles trop difficiles ou éloignées de ses goûts... ?) et son installation : est-il suffisamment pro-

tégé ou bien reste-t-il gêné par le passage, le bruit, ce qu'il voit autour de lui, etc.

Ce travail individuel présente d'autres points d'intérêt : apprendre à mener une activité à son terme, sans la détruire aussitôt, expérimenter les transitions de façon prévisible et donc non angoissante (chaque enfant a sur sa table un « schéma de travail » qui lui indique visuellement, à l'aide d'objets, de pictogrammes ou de mots écrits ce qu'il doit faire), expérimenter aussi une fiabilité : l'adulte ne demandera pas plus que ce qui est annoncé, et la réussite (avec ou sans aide) est au bout.

3) « Apprendre à communiquer »

Quel paradoxe que cette proposition ! Et pourtant, notre travail nous montre quotidiennement sa pertinence et sa validité.

L'idée selon laquelle, placé dans un « bain de langage » ou un « bain de parole », l'enfant autiste pourrait, par imbibition, développer par lui-même un langage communicatif, sous-tendrait l'hypothèse que les potentialités de cet enfant sont intactes, qu'elles ne demandent qu'à se développer et que le problème est celui d'un environnement favorable.

Pourtant, malgré cette bienveillance, certains enfants ne développeront pas un langage communicatif : ils ne peuvent être, comme les autres enfants, autodidactes dans le domaine de la communication, de même que dans la plupart des autres domaines.

Dans notre pratique, nous avons délibérément mis l'accent sur le développement de la communication, qui nous paraît l'élément à considérer de façon prioritaire dans l'autisme, tant il conditionne la relation que cet enfant va pouvoir construire avec son environnement, et par conséquent son bien-être.

Il faut ici préciser que les enfants actuellement accueillis dans notre CATTP sont tous non verbaux (à l'exception de l'un d'entre eux, qui est écholalique mais ne dispose pas encore d'une communication verbale fonctionnelle).

Utiliser des symboles « tout prêts »

Malgré leur grande difficulté à organiser l'information de façon cohésive et à former des métareprésentations (Frith, 1992), ces enfants sont néanmoins capables d'utiliser certains symboles (après un travail d'associations successives qui leur est proposé). C'est pourquoi nous leur proposons des systèmes de communication alternatifs au langage verbal.

Ainsi, selon le niveau de compréhension de l'enfant, nous allons le mettre en situation d'expérimenter des liens entre un symbole (allant de l'objet très concret qui est utilisé dans l'activité — par ex. le manteau pour sortir — à des objets-images, des photos, des dessins, des mots écrits) et une activité donnée. Puis nous l'aiderons à généraliser ce lien. Par exemple, Jean qui ne peut parler a pour habitude de démolir ce qu'il vient de faire dès qu'une difficulté se présente ; dans un travail en face à face, nous lui apprenons que, lorsqu'il est confronté à une difficulté, il peut faire appel à l'adulte en utilisant une carte « aide-moi » ; lorsque cette association est stable, il lui est enseigné qu'il peut utiliser cette carte lorsqu'il souhaite l'aide d'un adulte alors qu'il est en train de travailler seul à sa table ; plus tard, il lui est montré que l'usage de cette carte peut être généralisé à toutes les situations où il est en difficulté, au CATTP, puis en famille.

Évaluation cognitive — Travail éducatif — Amélioration de la communication

L'instauration d'alternatives au langage verbal suppose tout d'abord de bien connaître les moyens utilisés par l'enfant : comment communique-t-il ? Quelle est la forme de sa communication (précommunicative, c'est-à-dire simple expression de besoins, mais de façon non différenciée selon les besoins et non adressée à une personne ? motrice : par exemple, prendre une personne par la main pour la conduire à un objet, apporter un objet à une personne, etc ? gestuelle : par exemple pointer du doigt, regarder alternativement un objet et une personne ? verbale ?...)? Dans quel contexte communique-t-il ? Dans quel but (pour faire des demandes, ou de simples commentaires, ou pour obtenir de l'attention, pour s'opposer, etc.) ? Cette évaluation de la communication est réalisée à partir de l'observation de l'enfant dans différents contextes et du dialogue avec ses parents.

L'évaluation cognitive (à l'aide du PEP-R, voir ci-dessus) permet de cerner les possibilités de l'enfant : notamment, comprend-il le sens des objets, des photos, des pictogrammes, des mots écrits, des mots parlés, etc. (au plan expressif et réceptif, un décalage entre les deux étant habituel) ?

À partir de ces deux types d'observations, nous pouvons définir des objectifs pour faire progresser l'enfant dans sa communication. Ainsi, des exercices préalables de tris d'images, d'association objet-image, seront nécessaires avant de proposer de communiquer avec de tels supports.

Le plaisir à communiquer

Les effets de la découverte, par l'enfant, d'un nouveau support de communication, d'un nouveau « mot », sont toujours un plaisir partagé : plaisir de l'enfant qui découvre la fiabilité de ce support, mais aussi plaisir des adultes de pouvoir accueillir les demandes de cet enfant. Ainsi, lorsqu'enfin Jean parvient à utiliser une carte pour demander qu'on vienne l'aider, il passera par une phase quasiment jubilatoire, où il vient à tout bout de champ nous chercher, ravi de constater que nous répondons à chaque fois à son appel. Plus tard, son comportement se stabilisera et il utilisera alors cette carte seulement en cas de nécessité.

L'appropriation, par l'enfant, du code proposé va pouvoir lui permettre de « jouer » avec celui-ci : dès que Jean a compris le fonctionnement de son emploi du temps (schéma de journée à base de photos), il va chercher à modifier le programme proposé, plaçant en dernier les cartes qui représentent les activités qu'il aime le moins ! Cette prévisibilité va même pouvoir dépasser le cadre de l'ici et maintenant lorsque, pour un enfant, il devient possible de mettre en place un agenda : Jean, par exemple, nous montre désormais avec beaucoup de joie les événements que ses parents ont inscrits à l'aide de dessins pour les jours à venir : aller manger au *fast food,* faire une sortie de pêche avec son père, etc.

Un développement en « boule de neige » de la communication

À côté des effets directs que nous pouvons observer lorsque l'enfant autiste non verbal adopte les stratégies alternatives que nous lui proposons, nous avons également noté de façon très significative des effets « latéraux » de ce travail sur la communication : après une phase de découverte de la fiabilité des supports proposés, nous avons fréquemment observé un développement de la communication sous d'autres formes (motrice, gestuelle, préverbale pour certains) et une détente manifeste de ces enfants, avec une diminution marquée des cris ou des autres problèmes de comportement (instabilité, auto-agressivité...). Les parents de Mathilde racontent que la visualisation à l'aide de photos de la destination de leurs trajets en voiture a considérablement apaisé leur fille, qu'elle accepte maintenant toutes les sorties et qu'elle s'endort en voiture alors que cela n'était jamais arrivé auparavant.

d) Le travail avec les familles

Il s'agit d'un autre axe déterminant de notre travail. Nous devons préciser que les enfants accueillis au CATTP sont admis — outre bien sûr l'aspect clinique, déjà abordé — tout d'abord sur des critères secto-

riels (priorité est donnée aux enfants provenant du secteur géographique de notre intersecteur) et que par conséquent ce type d'approche a été proposé à des familles qui n'en avaient pas particulièrement fait la demande.

Une information réciproque

Présents dès la première évaluation de leur enfant, les parents sont régulièrement informés du travail réalisé avec lui; un contact hebdomadaire « en direct » avec les éducatrices est rendu possible par la réalisation d'un accompagnement de l'enfant par les parents dans la semaine (les autres trajets étant effectués en taxi); un cahier de liaison permet l'échange d'informations au quotidien; enfin, environ tous les deux mois, la famille est reçue par le psychiatre et l'une des éducatrices. Par ailleurs, les parents sont informés de la possibilité de venir dans le groupe voir comment nous travaillons avec leur enfant : fréquentes en début de prise en charge, leurs demandes ont tendance à s'espacer, voire disparaître, dès qu'une confiance est établie entre les professionnels et la famille, et les contacts sont alors à notre initiative.

Un travail d'accompagnement dans la prise en compte du handicap

Lors des entretiens plus longs avec les familles on aborde les difficultés qui se présentent avec l'enfant, à la fois sur un plan concret mais aussi dans leur dimension émotionnelle.

Dans ce travail proposé aux parents, nous rencontrons certaines constantes; certaines sont d'ordre général, liées à la survenue dans une famille d'un handicap, avec ses étapes bien décrites (Corbet et Gréco, 1994). D'autres sont fortement liées à la particularité de ce contexte de l'autisme, de cet enfant que les parents ne comprennent pas et qui ne les comprend pas, de cet enfant qui ne manifeste aucune reconnaissance.

Un travail à la mesure de chaque famille

Notre position consiste à respecter le « temps des parents », tout en leur proposant, à la fois par une explication de notre travail et une réflexion avec eux, des possibilités d'aménagements (visualisation, adaptation de l'espace, simplification d'une activité, etc.) ou de mise en situation de l'enfant (choix des jeux, participation à tel ou tel moment de la vie familiale...) basées sur la connaissance que nous avons de leur enfant. Nous nous positionnons bien sûr sur un versant incitatif (telle activité, maintenant réalisable dans le groupe avec l'enfant — par ex. lui demander de participer à la mise du couvert —,

pourrait être généralisée au contexte familial), mais tout en restant à l'écoute d'une difficulté qui peut être propre aux parents, qui ne se sentent pas toujours prêts (par exemple, tel père nous déclarait ne pas encore pouvoir poser des limites à sa fille, car il venait tout juste de découvrir une vie paisible avec elle, et qu'enfin cette enfant avait conscience de sa présence).

Redonner aux parents une position de compétence et tenir compte de leurs priorités

Nous cherchons essentiellement à restaurer leur compétence de parents, compétence malmenée par les réponses imprévisibles et incompréhensibles de leur enfant.

Nous essayons, le plus possible, de privilégier les priorités des parents dans les choix qui sont faits pour réaliser un projet éducatif pour leur enfant : ces priorités sont la plupart du temps très réalistes, et déterminées par ce qui pose le plus problème avec l'enfant, qu'il s'agisse du coucher, des conduites alimentaires, des refus, etc. Il arrive aussi que nous proposions une intervention à domicile pour aider les parents à organiser l'espace propre à l'enfant. Cette intervention, très ponctuelle, permet essentiellement un dialogue sur ce qui est possible ou non, compte tenu des habitudes de vie de la famille, et suffit bien souvent à initier chez les parents une démarche plus active dans laquelle ils trouvent eux-mêmes leurs solutions.

Des parents « relais » de nos propositions

Les systèmes de communication alternatifs au langage verbal peuvent servir à illustrer ce travail que nous proposons aux familles : lorsqu'un enfant, dans le cadre du groupe, parvient à utiliser de façon autonome un support de communication (quel qu'il soit), nous proposons à ses parents de l'utiliser à la maison. Cette reprise par les parents marque souvent un tournant dans la prise en charge : cela suppose qu'ils acceptent que nous développions avec leur enfant des moyens de communication non verbaux ; la crainte, couramment exprimée par eux, est que l'enfant ne puisse alors accéder au langage (alors que, dans notre expérience, les supports visuels sont au contraire facilitants lorsqu'un langage verbal va pouvoir se développer ; par ailleurs, l'enfant s'en détournera lorsque sa communication verbale deviendra réellement fonctionnelle). Il faut donc laisser le temps que cette confiance s'établisse, que les parents acceptent aussi qu'il y a bien chez leur enfant un problème spécifique de communication, et non un simple retard... Ce temps appartient à chaque famille, et c'est bien souvent la constatation

de l'utilisation spontanée par leur enfant de supports visuels qui les conduira à utiliser eux aussi une telle modalité pour communiquer avec lui, à en constater les effets positifs, puis à reprendre à leur propre compte cette compétence, devenir à leur tour créatifs, trouver d'eux-mêmes des solutions aux problèmes qui se posent en « visualisant » pour leur enfant...

Enfin, dans ce travail auprès des familles sont très souvent évoqués la fratrie et les problèmes qui se posent dans la cohabitation et les tentatives de relation des autres enfants avec l'enfant autiste.

e) Les liens avec les autres personnes amenées à s'occuper de l'enfant

Nous avons la possibilité de rencontrer d'autres membres de l'entourage familial de l'enfant (il n'est pas rare que nous rencontrions ses grand-parents, ou sa nourrice...) À notre initiative, nous prenons habituellement contact avec les autres lieux qui accueillent cet enfant : garderie, école... Avec les enseignants notamment, les liens vont dans les deux sens : l'éducatrice référente de l'enfant se rend à l'école de façon régulière, mais aussi l'institutrice peut venir voir l'enfant dans le cadre du CATTP. En début de prise en charge, cette rencontre permet à l'institutrice d'avoir une autre représentation de cet enfant : de le percevoir comme capable de certaines réalisations, de constater l'effet apaisant et facilitant que produit sur lui la structuration de l'espace et de l'activité. C'est d'ailleurs souvent pour elle l'occasion de découvrir un enfant calme et capable d'attention. Partant de cette observation, elle peut alors à son tour lui proposer des activités à sa portée et non vouées à l'échec, et l'investir dans un projet pédagogique même si celui-ci est particulier. Ces mesures nous ont permis à plusieurs reprises de poursuivre de façon satisfaisante une intégration en maternelle pour de jeunes enfants dont les troubles de comportement initiaux menaçaient pourtant à très court terme l'acceptation dans une classe.

f) Le travail des soignants entre eux

Pour les éducatrices, et en général pour toutes les personnes qui interviennent auprès de l'enfant, cette modalité de prise en charge implique une recherche de consensus et de coordination dans les interventions des adultes :

- Un temps de régulation hebdomadaire est nécessaire : discussion de points précis à propos de ce qui est proposé à chacun

des enfants, afin de parvenir à un consensus, par exemple, sur la façon de présenter une activité, ou encore de solliciter la communication de tel enfant dans tel contexte, ou de répondre à tel problème qui se pose avec un enfant, etc. Ici, la recherche de solutions en commun permet de dépasser une position duelle qui pourrait devenir enfermante.

- L'adaptation, la structuration de l'espace, du temps et de l'environnement suppose un temps conséquent de préparation en dehors de la présence des enfants : l'adulte est ainsi disponible pendant le temps où les enfants sont présents. Il n'existe pas de « modèle » pour de telles préparations ou adaptations puisqu'elles sont à chaque fois individualisées, conçues pour un enfant donné, tenant compte et de ses compétences et de ses difficultés particulières. Elles font appel à une connaissance précise de l'enfant, mais aussi à la créativité des éducatrices ; il n'est pas rare, par exemple, que pour cinq enfants différents une même activité soit visualisée de cinq façons différentes.
- Le projet de chaque enfant est discuté à chaque trimestre, avec l'éclairage du point de vue des parents, qui sont reçus régulièrement.

3) Apports et limites

Si nous ne pouvons véritablement parler d'« évaluation » de notre travail, qui nécessiterait un protocole spécifique, nous donnerons ici en revanche notre impression générale à propos de notre pratique.

Des enfants acteurs, plus heureux

Les apports majeurs concernent avant tout l'enfant : il devient plus actif, découvre la communication, commence à comprendre la vie qui l'entoure et à y participer, présente de moins en moins de manifestations anxieuses (comme les cris, les comportements auto-agressifs, les moments de repli) ou dépressives (comme les brusques accès de pleurs apparemment immotivés), se détend corporellement. Ses troubles du comportement, lorsqu'ils existent, sont plus gérables du fait du pragmatisme de l'approche : ils font l'objet, là encore, d'une démarche d'observation, celle-ci générant des hypothèses sur les causes de ces comportements, permettant de prévoir des mesures pour aider l'enfant à dépasser un cap difficile, à accepter une frustration, ou simplement à comprendre ce qui se passe.

Non plus gérer les catastrophes, mais vivre avec un enfant qui a des particularités

Du côté familial, le réinvestissement par les parents d'un enfant qui devient plus prévisible et avec lequel on peut échanger (même si cet échange reste parfois très limité), la diminution nette des problèmes de comportement, la possibilité de faire participer cet enfant à la vie familiale (à la mesure de ses moyens), la possibilité de rétablir pour lui des exigences (là encore adaptées à ses possibilités, mais le replaçant dans un statut d'enfant, comme les autres enfants de la famille : ayant par exemple à demander la permission avant de sortir jouer ou de se servir dans le frigo), la possibilité de pouvoir envisager des loisirs (sorties, vacances), de pouvoir confier cet enfant à d'autres membres de la famille (grand-parents notamment), tous ces éléments participent à la qualité de vie, non seulement des parents, mais aussi de la fratrie.

Aider les professionnels à garder une vision positive de l'enfant

Les repères fournis par les évaluations qui ponctuent la prise en charge sont importants, car ils aident à ne pas se décourager, par exemple, devant la lenteur des progrès de l'enfant : même minces, ceux-ci seront rendus visibles et seront à la base d'une révision du projet (figures 1 à 4).

Un autre axe non négligeable est la clarification, pour les professionnels, de leur rôle : auprès de l'enfant, il s'agit de guider son développement, en adaptant autant que nécessaire, et auprès des parents, de mettre à leur disposition un savoir-faire, et ainsi de les replacer en position de compétence.

Le problème du déficit mental

Les limites que nous ressentons comme les plus aiguës dans ce type de travail avec l'enfant autiste sont celles du déficit mental qu'il présente, ou des troubles associés, notamment neurologiques, qui viennent compliquer le tableau. Il est certain que plus l'enfant a des capacités développementales réduites, plus il sera difficile pour lui d'accéder à une communication autre que motrice, à des schèmes cognitifs autres que très simples ; mais même dans de telles conditions il convient de veiller à ce que cet enfant — même partiellement — parvienne à une maîtrise de certains actes quotidiens, à une expression possible de ses besoins élémentaires, ces éléments contribuant à son bien-être. Ainsi, pour certains, l'appui d'une structuration de l'environnement reste déterminante pour le bien-être de l'enfant, alors que dans d'autres cas, si

cette structuration reste toujours un facteur facilitateur, elle peut à certains moments faire défaut sans pour autant priver l'enfant de tous ses moyens.

Les limites des moyens alternatifs pour la communication

Toutes les alternatives au langage verbal que nous pouvons mettre en place ne remplaceront jamais l'accès à un langage verbal communicatif.

D'une part, les enfants qui utilisent ces modalités de communication ne peuvent utiliser que les « mots » que nous mettons à leur disposition; c'est un choix que nous faisons pour eux, même si, dans ce choix, nous tenons compte aussi de l'avis de toutes les personnes qui vivent avec eux... Au-delà des besoins élémentaires, les « mots » mis à la disposition de l'enfant sont choisis en fonction de ses goûts, de son contexte... Prenons l'exemple de Jean, sujet aux migraines, pour lequel nous avons mis en place une carte « aspirine »... Romain, quant à lui, aime beaucoup jouer au basket et possède une carte « ballon ».

Par ailleurs, lorsque l'enfant autiste a le choix entre se débrouiller seul et avoir recours à quelqu'un pour réaliser la même chose, son choix restera clairement de se débrouiller seul, et d'être ainsi faussement indépendant. L'utilisation d'une communication alternative a besoin d'être entretenue, utilisée régulièrement.

4) Quelques réflexions

Notre propos n'est pas de prétendre que structurer, visualiser, évaluer va permettre de résoudre les difficultés que présente l'enfant porteur d'autisme, ni de garantir à sa famille une vie « normale ». Considérons plutôt que ce que nous mettons en place vise à **accompagner l'enfant le plus loin possible dans son développement**, en espérant bien sûr qu'il accède au langage, au symbolique; c'est aussi lui permettre d'utiliser au maximum ses compétences et donc diminuer le handicap qu'il présente, au sens de Wood (1988). C'est aussi donner à sa famille plus de moyens pour faire face à cette situation si particulière.

Notre interrogation majeure, lorsque nous avons commencé ce travail, concernait les acquis des enfants : était-il réaliste d'espérer une utilisation de ces acquis en dehors du CATTP? L'enfant allait-il rester dépendant, pour ces acquis, de la structure mise en place? Une interruption de la prise en charge s'accompagnerait-elle d'un effondrement de ces acquis? Le travail avec les familles est ici fondamental; nous avons pu constater que les nouvelles aptitudes des enfants, si elles pou-

vaient être utilisées dans le cadre familial, devenaient solides et résistaient bien aux interruptions ; les acquis non généralisés, quant à eux, nécessitaient une remise en route après les périodes de vacances, un peu à la manière des acquis scolaires d'un enfant à la fin des vacances d'été.

L'adaptation de l'environnement et la proposition à l'enfant de tâches éducatives ne sont pas une fin en soi mais **un moyen** qui est proposé avec des objectifs au-delà de l'activité elle-même : par exemple, pouvoir trier des cartes représentant des images sera un travail préparatoire à la mise en place d'un système de communication alternatif au langage verbal. Par ailleurs, et bien que cela puisse paraître paradoxal de prime abord (les critiques du cadre mis en place dans un travail TEACCH sont très nombreuses dans la littérature à propos de l'autisme), le cadre structuré va pouvoir permettre à l'enfant d'expérimenter la souplesse : dans ce cadre-là, il va pouvoir expérimenter sans angoisse des transitions, des changements imprévus et par la suite, très progressivement, mieux les tolérer lorsqu'il sera dans un environnement non structuré. C'est un peu un « laboratoire » où l'enfant peut, en toute sécurité, faire ses propres expériences.

Le dernier point sur lequel nous nous arrêterons est la question du « soin ». À quel type de soin l'enfant autiste est-il accessible ? Si nous considérons que soigner, c'est diminuer la souffrance ressentie par nos patients et celle de leurs familles, et améliorer la qualité de la relation que ces enfants vont pouvoir développer avec leur environnement, alors nous nous situons clairement sur le versant du soin, que ce soit du côté de l'enfant ou de celui de ses parents, mais il s'agit d'un **soin à médiation éducative et pédagogique**. Il nous arrive bien sûr de proposer à un parent de rencontrer pour lui-même un thérapeute, lorsque ses capacités à faire face aux difficultés de son enfant se trouvent dépassées malgré le soutien que nous apportons, mais en dehors de moments critiques qui dans certains cas existent de façon transitoire, la dynamique créée par la prise en charge de l'enfant permet à ses parents et à l'ensemble de sa famille de retrouver une vie de meilleure qualité.

Les parents de Jean, revenant de vacances (ce qui pendant sept ans n'avait pas été possible), nous disent : « Maintenant on a l'impression d'avoir un enfant normal ». Pourtant, Jean n'a pas acquis de langage verbal... mais il est devenu un garçon souriant, curieux et volontiers intéressé par les situations nouvelles ; lui aussi a pu profiter des baignades, sorties et repas au restaurant, avec plaisir et sans angoisse.

En conclusion

Le caractère mobilisateur de cette approche psycho-éducative, tant du côté de l'enfant et de sa famille que des soignants, retient toute notre attention.

On débat largement, à l'heure actuelle, des modalités de la prise en charge et de ses lieux pour les enfants autistes, et notre propos n'est pas d'y répondre; toutefois, à la lumière de notre expérience, nous pouvons constater que cette approche trouve bien sa place dans le dispositif pédo-psychiatrique, notamment dans le cadre de la prise en charge de jeunes enfants, dès l'annonce du diagnostic : le travail important avec la famille dans ces tout premiers moments, l'enjeu de l'investissement de l'enfant comme sujet capable de communiquer, la prévention des problèmes de comportement et des problèmes relationnels justifient bien un équipement sanitaire. Le relais avec des structures plus légères, poursuivant ce projet développemental avec un objectif orienté vers l'insertion dans la communauté, devrait intervenir secondairement, concernant des enfants dont le comportement s'est stabilisé et qui ont accès à un moyen de communication quelle qu'en soit la modalité.

Références

AGENCE NATIONALE POUR LE DÉVELOPPEMENT DE L'ÉVALUATION MÉDICALE, Novembre 1994, *L'autisme,* ANDEM, Service des Etudes, Paris.

AUTISME FRANCE, 1994, Rapport sur le vécu des autistes et de leurs familles en France à l'aube du XXIe siècle, Témoignages, Espoirs pour demain, *Autisme* France, Limoges.

BRAZELTON, T. B., 1981, *La naissance d'une famille ou comment se tissent les liens,* Stock / Laurence Pernoud, Paris.

CONSTANT, J., 1997, La méthode TEACCH dans un hôpital de jour public, A propos d'une expérience concrète, in Misès R., Grand P., éds., *Parents et professionnels devant l'autisme,* Éditions du CTNERHI, 209-229.

CORBET, E., GRECO, J., 1994, *Annonce du handicap : Représentations et réalités, Pour un acte professionnel,* CREAI Rhone-Alpes, Lyon, France.

DESSAUX, C., 1992, Les enfants autistes, Freud et Teacch à l'hôpital de jour, *Synapse, 86,* 62-68.

FRITH, U., 1992, *L'énigme de l'autisme,* Editions Odile Jacob, Sciences humaines, Paris.

GILLBERG, C., PEETERS, T., 1995, *L'autisme, aspects éducatifs et médicaux,* Janssen Research Foundation.

MAGEROTTE, G., MONTREUIL, N., 1994, *Pratique de l'intervention individualisée,* De Boeck-Université.

MESIBOV, G., SCHOPLER, E., SCHAFFER, B., 1988, *Adolescent and Adult Psychoeducational Profile (AAPEP),* PRO-ED, Austin, Texas.

PEETERS, T., 1996, *L'autisme : de la compréhension à l'intervention,* Dunod, Enfances cliniques, Paris.

PERRON-BORELLI, M., 1996, *EDEI-R, Échelles Différentielles d'Efficience Intellectuelle, Forme révisée,* EAP, Paris.

RUTTER, M., SCHOPLER, E. éd., 1978, *Autism : Reappraisal of Concept and Treatment,* Plenum Press, New York.

RUTTER, M., BARTAK, L., 1973, Special educational treatment of autistic children : a comparative study. II : follow-up findings and implications for services, *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 14,* 241-70.

SCHOPLER, E., 1997, *Naissance du programme TEACCH : Principes, mise en pratique et évaluation,* 191-207, in Parents et Professionnels devant l'autisme, Éditions du CTNERHI, *Flash Informations,* Numéro hors série, Paris.

SCHOPLER, E., REICHLER, R. J., BASHFORD, A., 1990, *Psychoeducational Profile Revised (PEP-R),* PRO-ED, Austin, Texas.

SCHOPLER, E., REIGHLER, R. J., LANSING, M., 1989, *Stratégies éducatives de l'autisme et des autres troubles du développement,* Masson, Médecine et psychothérapie, Paris.

SCHOPLER, E., REICHLER, R. J., RENNER, B. R., 1988, *The Childhood Autism Rating Scale (CARS),* Los Angeles, Western psychological Services.

SCHOPLER, E., MESIBOV, G. éd., 1987, *Neurobiological Issues in Autism,* Plenum Press, New York.

SCHOPLER, E., MESIBOV, G., BAKER, A., 1982, Evaluation of treatment for autistic children and their parents, *Journal of the American Academy of Child Psychiatry,* 21, 262-7.

WOOD, Ph., 1988, *Classification internationale des handicaps, déficiences, incapacités et désavantages ; un manuel de classification des conséquences des maladies,* Publications du CTNERHI-INSERM, Diffusion PUF, Paris.

ABSTRACT

A psycho-educational intervention with autistic children: A psychiatric experience in Lyon

A "TEACCH" experience conducted in Lyon, France, with autistic children within the framework of an infant-juvenile psychiatric intersectory is described here: the proposal for an invidualized educational project stems from the developmental possibilities of each child; taking children into care is inspired by Schopler's proposals: in a structured environment the child is placed in an educational setting; alternatives to verbal communication are also proposed to the children, who for the most part are non verbal. At the same time, work with families is put into place: it consists of support in the taking in charge by the parents on a daily basis of the handicap of the child: a broad place is given to the harmonization of help to the child in his different life contexts. Contribution and limits of this work are also discussed: the child's capacity to relax, the improvement of his relational capacities and his autonomy are noteworthy; restauration of quality of life and relation with famililies is clear; the child's mental deficit is obviously a limiting factor.

RESUMEN

La intervencíon sicoeducativa con niños autistas

Una experiencia de siquiatría en Lyon

Aquí se describe una experiencia de trabajo con niños autistas « TEACCH » realizada en Lyon, Francia, dentro del marco de un intersectorial de siquiatría infantil-juvenil : la propuesta de un proyecto educativo individualizado parte de la cvaluación de las posibilidades de desarrollo de cada niño; el seguimiento se inspira de las proposiciones hechas par E. Shopler : en un medio estructurado el niño es expuesto a una situación educativa; en donde las alternativas a la comunicación verbal son propuestas a los niños, en su mayoría no verbales. Paralelamente se inicia un trabajo con las familias que consiste en un acompañamiento al seguimiento diario de la incapacidad, por los padres; se acuerda una gran importancia a la armonización de las ayudas que recibe el niño en los diferentes contextos de su vida. Las contribuciones y límites de este trabajo son discutidas : la relajación del niño, el mejoramiento de sus capacidades de relación y de su autonomía son notables; la restauración de la calidad de vida y de relación a nivel familiar es clara; la deficiencia mental del niño es evidentemente un factor limitativo.