

Le programme TEACCH dans la prise en charge des enfants autistes

Dalila ZENAD

Département de psychologie, sciences de l'Education et d'Orthophonie, FSHS,
Laboratoire de Prévention et Ergonomie
Université Alger 2

1. Introduction

La problématique de l'autisme a été décrite pour la première fois par le psychiatre Léo Kanner en 1943. Plusieurs et nombreuses spécialités ont tenté de répondre à la prise en charge des enfants atteints d'autisme ou de troubles envahissants le développement : la psychanalyse, les sciences cognitives, la neurobiologie ont exploré le domaine avec plus au moins de succès.

Historiquement deux approches se sont développées dans le domaine de la recherche :

1-La première considère l'autisme comme un ensemble de troubles dus à des facteurs biochimiques, ou à des dysfonctionnements du cerveau.

2-La deuxième considère les troubles autistiques comme des troubles d'origine psychique.

Plusieurs modèles de prise en charge spécifiques sont nés de ces approches, cependant les deux principaux étant : le modèle psychanalytique et le modèle éducatif.

2. Définition

Un consensus international permet de donner une définition commune pour l'autisme (trouble envahissant du développement, caractérisé par un développement anormal ou déficient manifesté avant l'âge de trois ans avec une perturbation caractéristique dans chacun des trois domaines suivants : interactions sociales, communication, comportements au caractère restreint ou répétitif. On note environ 05 cas pour 10 000 individus avec une fréquence plus élevée chez les garçons (01 fille pour 04 garçons). Les mécanismes biologiques, génétiques et psychiatriques pouvant être responsables de l'autisme, sont à ce jour encore méconnus et aucun traitement n'a fait la preuve de son efficacité. La grande diversité des troubles du spectre autistique demande des interventions variées : diagnostic et évaluation, un accompagnement éducatif, rééducatif, social et des soins médicaux spécialisés.

3- Diagnostic

Faire le diagnostic de l'autisme n'est pas facile, plusieurs évaluations et observations sont parfois nécessaires pour identifier la présence d'un autisme. Auparavant, les enfants autistes n'étaient souvent diagnostiqués qu'au moment de leur entrée à l'école primaire. Aujourd'hui, le dépistage se fait plus précocement entre l'âge de deux ans et trois ans mais généralement le diagnostic n'est confirmé que vers l'âge de six ans et ceci après avoir fait le diagnostic différentiel et éliminer toute autre pathologie mentale.

Des consultations des tests sont organisés par l'équipe soignante pluridisciplinaires (pédopsychiatre, psychologue, éducateur, orthophoniste et assistante sociale), avec même présence des parents. Ils portent sur les différents aspects du développement (sensori-moteur, communication, capacités intellectuelles, apprentissage, les comportements, fonctions psychologiques, ainsi ils permettent d'émettre un diagnostic les bilans sont expliqués et remis à la famille.

Les Critères de diagnostic du trouble autistique selon le DSM VI TR sont : 1-Altération qualitative des interactions sociales.

2- Altérations qualitative de la communication.

3- Caractère restreint, répétitif et stéréotypé des comportements, des intérêts et des activités.

4. Les causes de l'autisme

Léo Kanner qui a décrit pour la première fois l'autisme en 1943, avait parlé d'une 'incapacité biologique', il a ensuite évoqué la notion de 'froideur affective' des mères. Mais c'est surtout avec Bruno Bettelheim que la théorie de l'origine maternelle de l'autisme s'est développée aux Etats-Unis et en Europe : la mère mortifère, par son défaut d'amour et son désir destructeur serait à la source de l'autisme de son enfant.

Cette hypothèse n'est aujourd'hui plus admise, il est inutile de faire persister l'idée d'une culpabilité maternelle au contraire il faut restaurer la mère dans une image positive pour qu'une bonne alliance thérapeutique s'installe entre l'enfant, la mère et les soignants.

Les études scientifiques s'accordent pour déterminer que l'autisme est le résultat d'une altération envahissante du développement de diverses fonctions du système nerveux central, les causes de l'autisme sont neurobiologiques, donc en aucun cas, la maladie n'est générée par une carence affective (Barthélémy 2005).

5. La prise en charge des enfants autistes

Aujourd'hui, en Algérie l'accompagnement des enfants autistes est en pleine évolution, la mobilisation des associations permet depuis plusieurs années de sensibiliser les pouvoirs publics et ainsi de faire évoluer l'accompagnement et la prise en charge, l'intégration des parents dans les programmes de prises en charge est de plus en plus sollicitée.

Plusieurs stratégies thérapeutiques, éducatives et de communication sont utilisées en Algérie pour favoriser le développement des enfants autistes. Ces stratégies sont multiples avec des programmes différents, nous avons fait le choix de préciser le plus répandu, le programme TEACCH de Eric Shoppler. Il est préférable de ne pas laisser l'enfant avancer en âge pour l'orienter vers un centre.

6. La méthode TEACCH

Elle est développée en 1980 par Eric Shoppler en Caroline du nord aux Etats-Unis. La méthode TEACCH (treatment and éducation of autistic and related communication handicapped children), traitement et éducation des enfants autistes. Cette méthode consiste à mettre en place un environnement structuré afin de favoriser la compréhension d'un environnement par un enfant autiste, la conséquence immédiate est de favoriser son autonomie. Le programme TEACCH constitue un ensemble de stratégies éducatives et des modalités d'apprentissage sous formes d'exercices réalisés par l'enfant autiste. L'action développée dans les centres de TEACCH repose sur les efforts de l'ensemble des professionnels des différentes spécialités (pédopsychiatre, psychologue, orthophoniste, éducateur, psychomotricien et les parents). Les techniques du programme TEACCH s'appuient sur la théorie cognitivo-comportementale. Ces techniques sont :

- Fonctionnement des tâches.
- Participation guidée.
- Stratégies de gestion du comportement.
- Entraînement à la communication.

La motivation des parents est importante pour l'engagement thérapeutique.

Tout au début de la prise en charge nous leur expliquons les principes de ce programme, que l'autisme n'est pas la conséquence d'un conflit familial, ou d'un rejet de la maman, ou d'une frustration de la première enfance, c'est beaucoup plus que ça, c'est le produit d'un trouble profond du développement cognitif qui empêche l'enfant de se former une image cohérente du monde, une représentation de ses propres pensées, de ses désirs et encore plus de ceux des autres. L'initiation des parents se concrétise par l'intermédiaire des leçons pédagogiques concernant :

1. L'imitation.
2. La perception visuelle.
3. La motricité générale.
4. La motricité fine.
5. La coordination oculomanuelle
6. Les performances cognitives.
7. Les performances verbales.
8. Le comportement.

Ces fonctions cognitives et comportementales sont travaillées et développées par la mise en pratique des exercices manuels simples, verbaux ou gestuels.

Le travail éducatif de Eric Shoppler est individualisé et repose sur un diagnostic et une évaluation précise du niveau de développement de l'enfant, de ses compétences et de ses particularités. L'évaluation est réalisée à travers la CARS.

7. Présentation de l'échelle d'évaluation de l'autisme : CARS

La CARS (Children Autistic Rating Scale), c'est l'échelle de l'évaluation de l'autisme, c'est un carnet de notation de la sévérité des troubles autistiques, c'est un outil de diagnostic établi par Eric Shoppler en 1980.

- L'application et l'observation se fait durant une séance de jeu avec l'enfant.
- La cotation est réalisée à travers un miroir sans teint.
- Elle différencie l'autisme de non autisme mais porteurs d'autres troubles.
- L'échelle comprend 15 sous échelles chacune d'elle est définie par des niveaux d'anormalités du comportement.
- La cotation est de 1 à 4 en fonction de la sévérité des troubles.

Entre 15-30	non autiste
Entre 30 39	légèrement ou moyennement autiste
Entre 39 60	sévèrement autiste

Les 15 sous-échelles sont :

1. Relations sociales
2. Imitation
3. Réponses émotionnelles
4. Utilisation du corps
5. Utilisation des objets
6. Adaptation au changement
7. Réponses visuelles
8. Réponses auditives
9. Gout-Odor-Toucher (Réponses et modes d'exploration)

10. Peur, Anxiété
11. Communication verbale
12. Communication non verbale
13. Niveau d'activité
14. Niveau intellectuel et homogénéité du fonctionnement intellectuel
15. Impression générale

La passation de l'échelle se déroule en 03 étapes :

- **La première étape individuelle :** Hospitalisation et observation de l'enfant autiste durant trois semaines à l'hôpital de jour .L'enfant se familiarise avec de nouveaux visages .il découvre des espaces thérapeutiques, la CARS est souvent passé en individuel par le médecin traitant et le psychologue.

- **La deuxième étape groupale :** L'échelle d'évaluation, la CARS est passée en présence des parents et des membres de l'équipe medico-psychologique, la présence de la mère joue un rôle dans la stabilité de l'enfant, elle permet de nous informer des moindres détails des comportements autistiques de l'enfant, elle lui assure une ambiance sécurisée.Chacun des membres de l'équipe donne la note qu'il estime évaluer l'enfant,à la fin de la passation de l'échelle ,la somme des points obtenue est divisée par le nombre des thérapeutes ce qui nous permet d'obtenir ainsi une moyenne corrigée et objective.

- **La troisième étape :** A la fin du séjour hospitalier qui varie de deux a cinq ans, la repassation de l'échelle est impérative, elle nous permet d'orienter et d'estimer l'évolution des performances cognitives, affectives et sociales acquises durant son séjour a l'hôpital de jour.

8. Présentation d'un cas clinique

Amine est un enfant remarquable bien constitué avec un beau visage mais son comportement est bizarre, il est autiste.Ses parents sont vivants, bien portants, il est le dernier d'une fratrie de 05 membres.La maman de amine signale que son enfant n'a pas souri à trois mois, il n'a pas présenté l'angoisse de séparation durant ses absences.

Amine répond au moins à 05 critères du trouble autistique selon le DSM IV.TR.

- Absence presque totale du langage
- Absence d'interactions sociales, ne regarde pas les autres.
- Activité ludique absente.
- Stéréotypies verbales (écholalies, mais les stéréotypies gestuelles sont absentes
- Présence d'une forte sensorialité, Amine est attiré par des objets porteurs de haute sonnerie, par exemple téléphone portable, lumière des écrans
- La tendance au repli et à la solitude
- Un regard périphérique, difficulté de rentrer en communication avec lui.
- Quête active de stimuli sensoriels entraînant des états extatiques

Le carnet de notation la C.A.R.S, place Amine dans la rubrique de l'autisme léger ou moyennement autiste avec 34 points.La CARS nous a montre un déficit dans les fonctions suivantes :

1. Imitation : Amine répète seulement quelques mots.
2. Perception : Il feuillette rapidement un livre, un intérêt bref.
3. Motricité générale : normale.

4. Motricité fine : usage des ciseaux boutonne et déboutonne son pantalon.
5. Coordination oculomanuelle : Coloriage précis, reproduction des mots et des lettres. Il sait se situer.
6. Performance cognitive : En secteurs (îlots de compétence) développés supérieures a la normale de son age (bonne manipulation de l'ordinateur.
7. Cognition verbale : Il vocalise quand il joue, répète son nom en écho.
8. Communication : Il indique ce qu il veut par un geste en déplaçant la main de l adulte (absence de signes protodeclaratifs).
9. Interactions sociales : Regard bref, souvent périphérique, il rit quand on le chatouille.
10. Attention, modalités sensorielles : Il est distrait, ignore le bruit et les autres quand il joue.
11. Interet et préférence : Il aligne les objets, il déteste le changement ou les interruptions de son jeu (le besoin d immuabilité de KANNER).
12. Expression affective : Il ne rit pas et ne pleure pas au moment qui correspond a la situation affective.

9. Les attentes des parents

Les parents attendent les objectifs suivants :

- 1) Le développement du langage.
- 2) La socialisation de l'enfant.
- 3) La possibilité d une éducation spécialisée.

Pour les autres préoccupations il les a acquises (propreté sphinctérienne, habillage, marche). Il est plus proche de ses parents, il lui arrive de se diriger vers sa mère.

10. Évolution

Développement d apprentissage en secteur, le pointage proto-declaratif et d attention conjointe doivent étre travaillés.

Des progrès dans l'acquisition du langage verbal et gestuel sont attendus afin de permettre une meilleure symbolisation.

11. Conclusion

Notre conviction clinique est que la prise en charge des enfants autistes doit étre pluridisciplinaire c'est a dire (médicale, psychologique, éducative et qui nécessite une alliance thérapeutique avec la famille .La méthode TEACCH de Eric SHOPPLER favorise tous ces aspects et permet a l'enfant autiste une intégration dans son milieu familial et éducatif car aujourd'hui nul n ose prétendre guérir l'autisme en revanche E.Shoppler nous apprend comment ne pas surhandicapper l'enfant autiste,et comment ne pas stresser ou agresser une famille déjà soumise a une dure épreuve.

Bibliographie

1. Ferrari.P et Tordyman.S ., 2001, L'autisme et les troubles autistiques, Flammarion.
2. Shoppler E. et Col ., 1988, Stratégies éducatives de l' autisme, Masson, Paris.
3. Shoppler E. & all., 1988, Échelle d'évaluation de l'autisme infantile, Éditions Applications Psychologiques, Paris.