

LA PRISE EN CHARGE PRÉCOCE EN AUTISME AVEC LE MODÈLE ESDM

Chloé Peter, Flavia Mengarelli

Martin Média | « [Le Journal des psychologues](#) »

2018/1 n° 353 | pages 19 à 22

ISSN 0752-501X

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-le-journal-des-psychologues-2018-1-page-19.htm>

Pour citer cet article :

Chloé Peter, Flavia Mengarelli « La prise en charge précoce en autisme avec le modèle Esdm », *Le Journal des psychologues* 2018/1 (n° 353), p. 19-22.
DOI 10.3917/jdp.353.0019

Distribution électronique Cairn.info pour Martin Média.

© Martin Média. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

La prise en charge précoce en autisme avec le modèle ESDM



Chloé Peter

Psychologue clinicienne
Thérapeute ESDM



Flavia Mengarelli PhD

Psychologue clinicienne
Thérapeute ESDM

Dans ses recommandations concernant la prise en charge des troubles du spectre autistique, la Haute autorité de santé souligne l'importance d'une intervention précoce. Plusieurs modèles d'intervention tentent de répondre à ces critères, dont l'ESDM, en visant une rééducation basée sur le jeu et sur la mise en place d'activités plaisantes et ludiques pour favoriser la communication, l'interaction sociale ainsi que les apprentissages. Présentation de ce dispositif en unité de pédopsychiatrie.

Le trouble du spectre de l'autisme (TSA) se définit comme une altération de la communication et de l'interaction sociale, ainsi que par la présence d'intérêts et/ou comportements répétitifs, restreints et stéréotypés (DSM-V, APA, 2013). C'est un trouble neurodéveloppemental dont les signes apparaissent avant l'âge de trente-six mois. Les données actuelles permettent de faire l'hypothèse que les TSA résulteraient de l'intrication complexe entre des facteurs génétiques et environnementaux qui atteignent les structures et les fonctions cérébrales et compromettent, à terme, les capacités de l'enfant d'apprendre de son environnement (Johnson, 2012). Une intervention la plus précoce, au moment où le cerveau est le plus plastique et capable de remodelage, peut augmenter l'efficacité de la rééducation et favoriser les apprentissages. Les recommandations de la Haute autorité de santé (HAS) en 2012* préconisent donc que l'évaluation et l'intervention auprès des enfants avec un TSA soient précoces, personnalisées, fondées sur des objectifs et individualisées. À ce titre, elle recommande certaines méthodes correspondant à ces critères, que nous décrirons brièvement ci-dessous.

Le programme TEACHH (*Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children*) part du concept de « culture de l'autisme » et vise à adapter l'environnement aux particularités des personnes avec TSA afin de faciliter leurs apprentissages et la gestion de leur vie quotidienne (Schopler *et al.*, 1971 ; Schopler, Olley, 1982). Ainsi, l'environnement est structuré, des supports visuels sont intégrés afin de favoriser l'autonomie.

La TED (thérapie d'échange et de développement), mise en place par une équipe française, s'appuie sur une conception neurofonctionnelle et développementale de l'autisme (Blanc *et al.*, 2013). Elle vise à rééduquer, sur la base de séquences de « jeu social » structuré, les fonctions sous-tendues par les systèmes cérébraux de la communication sociale : l'attention à autrui, l'intention, l'imitation, etc. Cette thérapie rééducative est réalisée dans le contexte de séances ludiques adaptées au profil de développement de l'enfant dans tous les domaines.

L'ABA (*Applied Behavior Analysis*) est une méthode d'enseignement structuré basée sur les théories de l'apprentissage (Løvaas, 1984, 1987). Elle vise à développer les comportements sociaux nécessaires à l'adaptation et à diminuer les comportements dits « problématiques ». Les comportements à apprendre sont fractionnés en étapes qui sont enseignées en individuel et de manière répétée. Les comportements positifs sont renforcés, c'est-à-dire que leur apparition est récompensée par quelque chose qui plaît à l'enfant. Les comportements problèmes sont, quant à eux, analysés afin d'en déterminer la fonction et de pouvoir intervenir de manière adaptée. →

Note

* HAS, 2012, « Recommandations de bonnes pratiques professionnelles : autisme et autres troubles envahissants du développement, interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent. Recommandations Autisme TED enfant adolescent interventions ».

→ Une autre méthode qui partage les mêmes bases théoriques, mais qui s'enrichit également des théories développementales est l'ESDM (*Early Start Denver Model*) (Rogers, Dawson, 2010). Comme l'ABA, c'est une méthode comportementale, basée sur les théories de l'apprentissage, qui s'appuie également sur le concept de renforcement, mais qui cible une population plus jeune et qui préconise le maintien d'un cadre très écologique. Ce modèle s'applique donc dans un environnement naturel et dans tous les lieux de vie de l'enfant. Les parents sont ainsi impliqués activement dans la prise en charge de leur enfant et dans son évolution. En effet, aujourd'hui, le rôle des parents dans l'intervention évolue et prend une place de plus en plus importante de partenariat et de collaboration. Les nouveaux modèles incluent de manière importante les parents sous forme de guidance parentale, afin qu'ils soient actifs et moteurs dans l'accompagnement de leur enfant avec TSA.

Dans cette lignée, le PACT (*Preschool Autism Communication Therapy*) est une approche récente qui met les parents en première ligne dans la prise en charge de l'enfant avec TSA. Des études randomisées contrôlées (Green *et al.*, 2010 ; Pickles *et al.*, 2016) montrent les effets positifs de ce type d'intervention sur la qualité de l'interaction, et ce, sur le long terme. Il s'agit d'un accompagnement auprès des parents qui se base sur le *video feedback*. Le parent est invité à jouer avec son enfant pendant

que le thérapeute les filme, puis la séance se termine autour du visionnage du film avec un *feedback* et une discussion autour d'objectifs que les parents pourraient mettre en place. L'idée est de travailler autour de la synchronie de la dyade parent-enfant, en diminuant les réponses qui seraient non congruentes, afin d'améliorer la communication.

Dans ce contexte, l'offre publique de la pédopsychiatrie en France essaye de s'adapter aux recommandations de l'HAS et de se diversifier pour offrir aux familles le choix entre différentes approches thérapeutiques, qui permettent une prise en charge globale de l'enfant. À cet effet se sont ouvertes dans toute la France plusieurs unités d'intervention précoce, dont certaines utilisent le modèle ESDM.

ESDM, LE MODÈLE D'INTERVENTION À DÉBUT PRÉCOCE DE DENVER

L'ESDM est un modèle d'intervention précoce qui s'adresse à des enfants avec un TSA de douze à quarante-huit mois. Créé et développé par Sally Rogers et Géraldine Dawson (2010), il est issu du premier modèle de Denver qui s'adressait à des enfants de vingt-quatre à soixante mois mis en place

dans les années 1980, lui-même influencé par les méthodes éducatives et comportementales déjà existantes telles que le TEACCH, l'ABA et le PRT (*Pivotal Response Training*).

L'hypothèse sous-tendant l'ESDM est que l'enfant avec TSA manque précocement des occasions de faire des apprentissages et de se développer du fait d'un déficit sociocommunicatif. Ce déficit agirait de manière autoaggravante : l'enfant évitant de manière active l'interaction, il manquerait de plus en plus d'occasions d'apprentissage. Ce modèle se situe dans le courant des travaux de Géraldine Dawson postulant une déficience de la motivation sociale et de la sensibilité à la récompense sociale (Dawson *et al.*, 2005).

Basé sur le jeu, ce modèle a pour objectif d'accélérer le développement de l'enfant, ainsi que sa communication sociale. Dans sa forme originale, évaluée dans une étude randomisée contrôlée (Dawson *et al.*, 2010) incluant quarante-huit enfants de dix-huit à trente mois, les enfants du groupe intervention bénéficiaient de vingt heures d'ESDM délivrées à domicile (deux fois deux heures par jour)

La base de la thérapie est la mise en place de routines d'activités conjointes ludiques, dans lesquelles sont insérés les objectifs d'apprentissage.

pendant deux ans. Le groupe contrôle bénéficiait quant à lui des interventions habituellement proposées dans la communauté. Les résultats de cette étude montraient des gains au niveau cognitif, ainsi que dans les capacités adaptatives au quotidien.

Ce modèle s'appuie sur les théories de l'apprentissage développées dans un premier temps par Ivan Pavlov et Burrhus F. Skinner. Le conditionnement « classique » ou « répondant » d'Ivan Pavlov a montré qu'un comportement est toujours en lien avec un stimulus qui le précède. L'apprentissage a lieu lorsqu'un stimulus au préalable neutre va provoquer automatiquement un comportement. L'apprentissage peut donc être modifié en manipulant les antécédents au comportement. Burrhus F. Skinner, et son conditionnement « opérant », s'intéressait aux conséquences d'un comportement sur son environnement et à la manière dont ces conséquences ont un impact sur la réapparition ou non de ce comportement. Il a démontré qu'un comportement perdure dans le temps s'il est renforcé positivement et qu'il s'éteint, au contraire, s'il n'est pas renforcé, c'est-à-dire que la conséquence est neutre ou négative. Comme la méthode ABA avant elle, la méthode Denver s'appuie donc sur ces principes généraux pour organiser l'apprentissage en cherchant à agir à la fois sur les stimuli antécédents et sur le renforcement. Cependant, elle diverge d'avec ses prédécesseurs dans la nature du renforcement qui se veut uniquement intrinsèque à l'activité et social.

En pratique, l'enfant est dans un premier temps évalué grâce à une grille nommée « curriculum » spécifique à la méthode. Il s'agit d'une liste de compétences dans tous les domaines du développement : langage réceptif, langage expressif, cognition, compétences sociales, imitation, comportement d'attention conjointe, jeu, motricité fine, motricité globale et autonomie. Cette grille est divisée en quatre niveaux correspondant à des âges développementaux : niveau 1 de douze à dix-huit mois, niveau 2 de dix-huit à vingt-quatre mois, niveau 3 de vingt-quatre à trente-six mois, niveau 4 de trente-six à quarante-huit mois. De cette évaluation initiale sont issus des objectifs développementaux personnalisés pour l'enfant, qui seront réévalués tous les trimestres. Cela permet de suivre de près l'évolution de chaque enfant et de réadapter les objectifs en fonction de la vitesse de progression et des particularités d'apprentissage de chacun.

Routines d'activités conjointes

La base de la thérapie est la mise en place de routines d'activités conjointes ludiques, dans lesquelles sont insérés les objectifs d'apprentissage. Une routine est un jeu, avec ou sans objet, qui plaît à l'enfant et est répétitif, afin qu'il puisse anticiper le déroulement de l'activité.

Dans l'ESDM, ces routines se développent en quatre temps :

- *Mise en place* : L'enfant choisit ce à quoi il souhaite jouer. L'adulte le suit, l'observe, manifeste de l'intérêt pour ce qu'il fait et commente.
- *Le thème* : Dans un second temps, l'adulte va imiter ce que fait l'enfant et insère un tour de rôle dans l'activité, afin que l'activité devienne partagée.
- *Élaborations* : Une fois le jeu installé, l'adulte propose des élaborations, ajoute quelque chose de nouveau dans la routine, propose une autre façon d'utiliser l'objet.
- *Clôture et transition* : Lorsque l'enfant ne s'amuse plus ou n'est plus attentif, l'adulte range l'activité et en entame une suivante selon les intérêts de l'enfant et ce vers quoi il se dirige spontanément.

Le but de mettre en place ces routines d'activités conjointes est de fournir à l'enfant le maximum d'opportunités de communication. Une fois le jeu bien installé, l'adulte fera volontairement des pauses, afin que l'enfant puisse manifester son envie que le jeu continue par un geste, un regard, une vocalisation ou même un mot. Ces routines sont donc le cadre pour travailler sur les précurseurs à la communication ou sur le langage oral selon le niveau de l'enfant. Dans le jeu, l'adulte s'efforcera également de donner l'opportunité à l'enfant de commenter, de refuser, de demander, de choisir.

- Pour illustrer notre propos, prenons cet exemple de routine : L'enfant choisit une boîte avec des feutres, prend

les feutres un à un et les fait rouler au sol. L'adulte observe et commente en disant « roule, roule ».

Puis il se saisit à son tour d'un stylo et le fait rouler au sol comme l'enfant. Un tour de rôle s'installe, l'adulte et l'enfant faisant rouler chacun leur tour un feutre. L'adulte propose à chaque tour un feutre à l'enfant qui tend alors la main pour l'obtenir.

Puis, l'adulte propose de mettre le feutre debout au sol, puis de les faire tomber ; l'enfant le suit et fait pareil.

Cette séquence se répète plusieurs fois.

L'enfant manifeste ensuite son envie que l'activité s'arrête en détournant son attention, l'adulte propose donc de ranger et fait participer l'enfant en rangeant les feutres dans la boîte. Il suit ensuite l'enfant pour entamer une prochaine activité ou lui propose un choix.

L'imitation

Les capacités d'imitation étant fréquemment déficitaires chez les enfants avec TSA (Charman *et al.*, 1997), c'est un point central dans l'ESDM, d'autant plus que c'est un moyen d'apprentissage puissant. En effet, l'imitation encourage l'empathie, aide les enfants à développer le langage, favorise la communication non verbale, apprend aux enfants le fonctionnement des objets et les aide à apprendre les règles sociales (Rogers, Dawson, Vismara, 2012). Les enfants avec TSA sont moins enclins à imiter l'autre par un manque de motivation à le faire, mais l'imitation peut être développée si elle est stimulée (Nadel, 1999).

Ainsi, dans l'ESDM, nous allons « apprendre » aux enfants à imiter d'abord des gestes simples ou des mouvements oro-faciaux, puis des séquences plus complexes (comme imiter un scénario).

Le développement du langage

Le développement du langage, et avant cela des précurseurs à la communication, est un autre point important du modèle ESDM. En fonction du niveau actuel de l'enfant, le thérapeute va chercher à développer ses moyens de communication à travers des routines d'activités conjointes en stimulant :

- le regard ;
- l'attention conjointe ;
- les gestes, notamment le pointage ou dire oui / non avec la tête, au revoir, etc ;
- les vocalisations intentionnelles ;
- puis les mots, les phrases.

Le thérapeute fait également attention à sa façon de parler, diminue la quantité de langage qu'il utilise et l'adapte au niveau de l'enfant, afin de faciliter sa compréhension. →

→ En théorie

Comme mentionné plus haut, l'ESDM s'appuie sur les théories comportementales de l'apprentissage.

Ainsi, les objectifs sont structurés en suivant un schéma antécédent-comportement-généralisation (ABC). Lors de la création d'un objectif d'apprentissage, on se demandera A qu'est-ce qui peut déclencher le comportement souhaité, B quel comportement précisément souhaite-t-on apprendre à l'enfant et C quels sont les critères fixés de réussite (généralisation). Le comportement recherché est ensuite divisé en sous-étapes d'apprentissage selon différents critères, et les techniques d'enseignement sont choisies. Lors des routines d'activités conjointes, le thérapeute va chercher à insérer ses objectifs en suivant également une structure en A-B-C précise (cette fois-ci, antécédent-comportement-conséquence). Pour enseigner un nouveau comportement, différentes techniques peuvent être utilisées :

- Les différents types de guidance : guidance physique totale ou partielle, guidance verbale, modelage (si capacité d'imitation).
- L'estompage des guidances : diminuer rapidement la guidance, afin de favoriser l'autonomie.
- Le chaînage : surtout utilisé pour les comportements d'autonomie, il s'agit de diviser une chaîne de comportements complexes (mettre sa veste, par exemple) et sous-étapes.

P-ESDM

Face à l'implication de plus en plus importante des parents dans la prise en charge, l'ESDM a évolué en proposant un modèle de guidance parentale. Un programme spécifique « Parents ESDM, P-ESDM » a été développé par les auteurs de l'ESDM, ainsi qu'un ouvrage destiné aux parents (Rogers, Dawson, Vismara, 2012), afin de leur transmettre les principes de la méthode pour qu'ils puissent l'appliquer au quotidien et stimuler leur enfant vers une communication plus adaptée.

Actuellement, ce programme prend forme en France et commence à être inclus dans la prise en charge globale de l'enfant.

L'UNITÉ D'INTERVENTION PRÉCOCE ET INTENSIVE DU CH LE VINATIER

En 2014 s'est ouverte, au centre hospitalier Le Vinatier, une unité d'intervention précoce et intensive de Denver. Ce projet, financé par l'Ars, a été monté en collaboration avec l'hôpital de Saint-Jean-de Dieu qui a ouvert le même type d'unité au même moment sur Lyon. Afin d'évaluer l'impact et l'efficacité de ce type d'intervention, une étude randomisée

contrôlée est en cours. C'est une étude multicentrique francophone qui inclut ces deux centres, ainsi que les unités des centres hospitaliers de Bruxelles, Versailles et Strasbourg. L'objectif principal est d'évaluer l'impact de douze heures d'intervention ESDM par semaine sur le développement de l'enfant. En fonction des résultats, des moyens supplémentaires pourront éventuellement être demandés, afin de pouvoir accueillir plus d'enfants dans ce type d'unité. Au Vinatier (Lyon), il s'agit d'une équipe pluridisciplinaire composée d'une pédopsychiatre, de psychologues, d'infirmières, d'orthophonistes, de psychomotriciennes, pour un total de treize professionnelles. Elle peut accueillir douze enfants avec TSA, de moins de trois ans à leur arrivée. La prise en charge dure deux ans, à hauteur de douze heures par semaine : dix heures au centre et deux heures à domicile. Le travail est principalement individuel (un adulte et un enfant), bien que des petits temps d'interaction entre pairs soient aussi favorisés. Une séance type sur l'unité se déroule ainsi :

- Temps d'accueil en groupe (si possible) : environ 10 minutes.
- Séance individuelle en 1 pour 1 : environ 1 heure 30.
- Goûter en groupe (si possible) : 10-15 minutes.
- Séance individuelle (ou travail sur les interactions entre pairs quand possible) : 30 minutes.
- Habillage et au revoir : 10 minutes.

Les séances se constituent d'une succession d'activités de jeux, qui suivent la structure en quatre étapes développées plus haut. La séance se construit sur l'initiative de l'enfant, c'est au thérapeute de suivre ses intérêts, en offrant en même temps le maximum d'opportunités d'apprentissage. Dans le cadre d'un contexte écologique, la structuration de l'environnement et la diminution des éléments distrayeurs restent importantes. Les salles d'intervention sont passablement épurées, et les jeux sélectionnés par le thérapeute visibles mais en hauteur, afin de stimuler la demande de l'enfant.

CONCLUSION

Ces dernières années, la prise en charge de l'autisme s'est fortement réactualisée et a été sujette à un important renouvellement. Les dernières recommandations de l'Has soulignent l'importance d'une intervention précoce, intensive et qui agit sur le développement de l'enfant de manière globale. Cet article offre un panorama des prises en charge comportementales en autisme, tel qu'il est actuellement et décrit plus en détail l'expérience d'une équipe de professionnels de santé qui travaille pour répondre au mieux à ces recommandations. Le champ de l'accompagnement des enfants autistes est large, et il reste encore beaucoup à faire pour accompagner au mieux et aider ces enfants et leurs familles. ▶