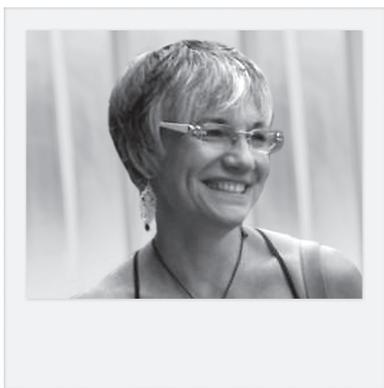


# Troubles envahissants du développement

**RÉSUMÉ :** La Haute Autorité de Santé vient de rédiger des recommandations concernant les troubles envahissants du développement et leurs prises en charge.

Elles restent discutées pour certaines, alors que d'autres représentent de réelles avancées dans la prise en charge de ces troubles d'apparition précoce.

Le pédiatre se doit de connaître les principaux critères diagnostiques ainsi que les outils préconisés pour parvenir à mieux évaluer l'enfant, ainsi que les principales stratégies de prise en charge.



→ C. JOUSSELME<sup>1</sup>, R. BUFERNE<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Chef de Service et Responsable du Pôle Enseignement-Recherche,

<sup>2</sup> Responsable du Pôle Enfant, Centre Hospitalier Fondation Vallée, GENTILLY.

## Définition des troubles envahissants du développement

Les TED représentent un groupe de troubles qui apparaissent chez le jeune enfant mais peuvent durer toute la vie, et peuvent aussi être diagnostiqués tardivement.

Ils partagent tous trois grands types de symptômes :

- une altération qualitative des interactions sociales réciproques
- une altération qualitative des modalités de communication
- un répertoire restreint, stéréotypé ou répétitif des intérêts et des activités

Ce type de troubles envahit les fonctionnements de l'enfant dans tous les domaines de sa vie, et influence l'ensemble de son développement.

## Historique

C'est en 1942 que Leo Kanner, aux États-Unis, isole un nouveau concept clinique : celui d'autisme infantile, chez des enfants présentant comme symptôme central une tendance à l'isolement, un besoin d'immuabilité et un retard de langage.

Jusqu'aux années 80, la pédopsychiatrie, très marquée par une réflexion psychanalytique, inclut l'autisme dans la grande catégorie des psychoses infantiles, centrées par un type d'angoisses de l'enfant. Celles-ci touchent à l'identité même du sujet, très souvent centrée par des vécus corporels de dislocation, de morcellement. Il faut noter d'ailleurs que dans le DSM, classification américaine des troubles mentaux, le terme de psychose infantile apparaît jusqu'en 1980.

Bruno Bettelheim, aux États-Unis, entre 1950 et 1970, théorise l'autisme comme "une forteresse vide", résultant en partie d'interactions pathologiques précoces mère-bébé, ce qui – des années plus tard – déclenche encore des réactions antipsychanalytiques très vives à propos de la place de cette approche dans le traitement des enfants autistes. D'autres psychanalystes s'opposent à cette théorie, notamment Roger Misès, en France, qui écrira "la forteresse était loin d'être vide". L'école anglaise (Frances Tustin, Donald Meltzer, etc.) insiste davantage sur le type d'angoisses de l'enfant et sur les comportements que le fonctionnement du bébé déclenche chez ses parents.

Aujourd'hui, la recherche à la fois clinique, biologique, en imagerie céré-

brale, en sciences cognitives, a peu à peu abouti à l'idée que l'autisme est un **trouble neuro-développemental**, ce qui a entraîné sur un plan international la disparition de la référence à la catégorie clinique des psychoses infantiles dans toutes les classifications internationales.

Les origines de ce trouble sont probablement multifactorielles, avec des éléments génétiques, sans doute très différents selon les types d'autisme. Cela n'exclut en aucun cas l'intérêt porté aux interactions entre l'enfant autiste et ses parents, et à l'aide qui peut être apportée à ces derniers qui souffrent beaucoup du manque de communication de leur enfant. **Le concept de TED** s'est peu à peu développé dans cette nouvelle approche des troubles développementaux du très jeune enfant.

## Classification internationale

La classification internationale des maladies de l'Organisation mondiale de la Santé (CIM 10) propose huit catégories de troubles envahissants du développement incluant l'autisme :

### 1. L'autisme infantile

Ce trouble survient trois à quatre fois plus souvent chez les garçons que chez les filles. Les symptômes qui définissent le diagnostic doivent apparaître avant l'âge de 3 ans. Les troubles se caractérisent par une appréciation inadéquate des signaux sociaux ou émotionnels avec absence de réaction aux émotions d'autrui, manque d'adaptation du comportement au contexte social, faible utilisation des messages sociaux, faible intégration des comportements de communications socio-émotionnelles, manque de réciprocité sociale et émotionnelle. Les symptômes peuvent être envisagés comme des troubles de la théorie de l'esprit (Baron-Cohen) qui normalement se construit chez l'enfant et lui donne accès à la représentation de

la pensée de l'autre, avec la possibilité de lui attribuer des états mentaux provoquant secondairement une adaptation de l'enfant à ceux-ci.

Il existe aussi des altérations qualitatives de la communication avec un défaut d'utilisation sociale des acquisitions du langage, des anomalies du jeu de faire semblant, du jeu d'imitation sociale. Parfois, le langage n'est pas du tout acquis, dans d'autres cas l'expression verbale est rigide, non créative, répétitive (écholalie), sans possibilité que le langage devienne vraiment un outil de communication et d'échange.

Ces enfants présentent aussi des comportements répétitifs et stéréotypés, peu d'intérêt pour les activités habituelles de l'enfant, un besoin de ritualiser toutes activités et une peur des activités nouvelles, l'attachement à des objets souvent insolites, durs et non pas à des objets doux (nounours, par exemple). Ils ont tendance à répéter des activités très routinières n'ayant pas du tout un aspect véritablement ludique et d'échange. Certains ont des préoccupations très stéréotypées autour des dates, des itinéraires, des horaires. Des stéréotypies motrices peuvent également accompagner ces comportements.

Enfin, les enfants autistes ont énormément de difficultés à accepter tout changement dans leur vie, avec une opposition active, voire des réactions d'angoisse majeures à tout changement de l'environnement personnel (déplacement d'objet, changement d'horaires, changement d'itinéraire). Ils peuvent également présenter des phobies particulières, par exemple des peurs de certains bruits, alors que d'autres plus importants ne leur font pas du tout peur. Peuvent s'ajouter des troubles du sommeil (insomnie calme), de l'alimentation (anorexie, sélection, etc.) et des moments d'agressivité dirigés contre eux ou les autres. Les automutilations peuvent être parfois très graves. Il faut également

noter que 70 % de ces enfants présentent un retard mental plus ou moins important.

### 2. L'autisme atypique

Il diffère de l'autisme par son âge de survenue (par exemple après 5 ans) ou parce qu'il ne répond pas à l'ensemble des critères de l'autisme. En cas de retard mental sévère, il est parfois très difficile de bien repérer certains symptômes de l'autisme "classique", ce qui fait alors classer ces enfants dans cette catégorie.

### 3. Le syndrome de Rett

Il s'agit d'une pathologie génétique (problème génique sur le chromosome X) qui touche uniquement les filles. Ce syndrome évolue en plusieurs phases :  
 – le développement initial du bébé est apparemment normal ;  
 – secondairement, une perte partielle ou complète du langage et de l'usage des mains (stéréotypies des mains) se met en place avec un ralentissement du développement (entre 7 et 24 mois) ;  
 – entre 2 et 3 ans, le développement social et le développement du jeu s'arrêtent, mais généralement, l'intérêt social est conservé ;  
 – dans la deuxième enfance, on observe souvent une ataxie du tronc et une apraxie associée à des déformations du squelette. Un retard mental sévère s'installe, et parfois, les enfants présentent des crises épileptiques.

### 4. Autre trouble désintégratif de l'enfance

Il s'agit d'enfants présentant une période de développement tout à fait normale, avant la survenue de troubles concernant la sociabilité, la communication et l'intérêt pour les activités. Parfois, des signes peu précis précèdent l'apparition des troubles : opposition, irritabilité, anxiété, hyperactivité, etc. Une fois le tableau constitué, un retard mental s'installe généralement et peut être très sévère.

## REVUES GÉNÉRALES

### Pédopsychiatrie

#### 5. Hyperactivité associée à un retard mental et à des mouvements stéréotypés

Ce trouble est mal défini, mais il s'agit d'enfants présentant un QI inférieur à 50 avec une hyperactivité importante et une perturbation majeure de l'attention. Ils présentent souvent des comportements très stéréotypés. En général, ces enfants ne répondent pas au méthylphénidate et leur hyperactivité se transforme en hypoactivité à l'adolescence, ce qui fait partie du diagnostic différentiel avec les TDAH.

#### 6. Syndrome d'Asperger

Il s'agit d'enfants présentant une altération qualitative des interactions sociales réciproques, semblable à celles observées dans la catégorie de l'autisme mais avec un répertoire d'intérêts d'activités restreints, stéréotypés et répétitifs, non intégrés à un retard mental. Le langage est aussi préservé, même si sa capacité de communication réelle est largement entamée.

Les patients Asperger ont une intelligence normale, mais restent souvent très maladroits dans les relations aux autres.

Ce trouble est plus fréquent chez le garçon que chez la fille (8 pour 1). Parfois, des intérêts extrêmement précis existent (passion pour les mathématiques ou pour d'autres sciences). La difficulté pour ces patients est qu'à certains moments de leur vie des éléments dépressifs peuvent apparaître, quand ils prennent véritablement conscience de leur différence et que l'environnement ne peut s'adapter à leurs difficultés (par exemple l'environnement scolaire).

#### 7. Autres troubles envahissants du développement

On classe ici tous les troubles qui ne peuvent pas rentrer dans les autres catégories.

#### 8. Autres troubles envahissants du développement, sans précision ou non spécifié

Ces troubles font partie d'une catégorie dans laquelle une autre classification, la classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent (CFTEMA), fait entrer un autre diagnostic, celui de dysharmonie évolutive à versant psychotique.

En effet, il s'agit d'enfants qui peuvent avoir des symptômes d'allures autistiques (au niveau de la communication ou des interactions sociales ou de la réduction de l'intérêt des activités), mais qui ont tout de même des ouvertures au monde, des possibilités relationnelles largement supérieures aux patients qualifiés d'autistes.

#### Épidémiologie

La fréquence des troubles envahissants du développement a nettement augmenté ces dix dernières années, comme celle de l'autisme, sans doute parce que les praticiens sont beaucoup plus entraînés aux diagnostics, mais aussi, comme nous l'avons dit, parce que les catégories de diagnostics sont plus étendues.

Actuellement, la fréquence de l'autisme est en très nette augmentation : elle est passée de 4/10 000 il y a 20 ans à 1,7 à 4/1 000 aujourd'hui. Celle des TED est estimée entre 3 et 7/1 000. Le syndrome d'Asperger a une fréquence d'environ 0,5/1 000.

La fréquence des troubles associés est de :  
 – 45 à 85 % pour les troubles du sommeil dans l'autisme ;  
 – 20 à 25 % pour l'épilepsie, dans l'ensemble des TED ;  
 – 70 % pour le retard mental dans l'autisme et 30 % chez les patients TED.

Le sex ratio de l'autisme reste inchangé depuis toujours (4 garçons pour 1 fille dans les TED et l'autisme). On note

également une plus grande incidence des pathologies TED et d'autisme dans les cas de jumeaux monozygotes.

#### Démarche diagnostique

La première étape est souvent le repérage par les parents, de façon précoce, de dysfonctionnements dans les interactions avec leur enfant. Il s'agit d'un regard non centré, fuyant, d'une difficulté à interagir émotionnellement avec leur enfant, et ce parfois de façon extrêmement précoce (premier mois de vie), d'absence de babillage même à 12 mois, de pointer à 12 mois, de sourire social après 6 mois, d'absence de mots à 18 mois, de phrases écholaliques à 24 mois, de pertes de langage ou d'interactions sociales après un temps de développement normal, de la présence de stéréotypies gestuelles, d'absence de réponse à son prénom, d'absence d'imitation, de jeux symboliques même après 18 mois.

Ce diagnostic nosographique est avant tout clinique (dire des parents à propos du développement, observation plus ou moins structurée, parfois les signes sont évidents). Il est donc très important que les pédiatres puissent prendre en compte le ressenti des parents, et qu'un diagnostic précoce leur soit proposé. Dans les cas complexes, les CMP et CMPP peuvent avoir recours aux Centres diagnostiques régionaux qui utilisent des outils diagnostiques standardisés (validés par la HAS). Ils sont en lien ou non avec des centres ressources, selon les densités de population (à Paris, plusieurs centres diagnostiques sont reliés à un centre ressource).

**Dans le dépistage**, le pédiatre peut être aidé par Le CHAT (*Checklist for Autism in Toddlers*). Cet instrument peut être proposé à des enfants dès 18 mois, avec un entretien avec leurs parents.

Dans le diagnostic, sont utilisés :  
 – la CARS (*Children Autistic Rating Scale*, Schopler, 1980) : elle évalue la

sévérité des troubles autistiques à partir de 2 ans et peut être effectuée par un examinateur entraîné ;

– l'ADI-R (*Autism Diagnostic Interview-Revised*, Lord et Rutter, 1994) propose un diagnostic CIM 10 à partir de 2 ans et **nécessite une formation labellisée** ; il consiste en un entretien avec les parents qui dure entre 2 et 4 heures ;

– l'ADOS (*Autism Diagnostic Observation Schedule*, Lord et Rutter, 2000) permet aussi de faire le diagnostic à partir de 2 ans. **Elle nécessite aussi une formation labellisée** ; elle dure environ 40 minutes avec l'enfant en présence ou non des parents.

**Un diagnostic fonctionnel** doit être associé : il prend en compte l'évaluation du fonctionnement de l'enfant dans différents domaines :

- comportements (ECA-R à partir de 2 ans, ECA-N pour les tout-petits) ;
- fonctionnement psychologique, communication, langage, sensori-motricité (WPPSI-III mesurant le QI chez des enfants maniant un langage ; K-ABC, possible chez des enfants de 2 ans et demi à 12 ans et demi ; EDEI-R entre 3 et 9 ans, Vineland entre 0 et 18 ans, PEP-R [*Psychoeducational Profile-revised*], véritable test de développement plus spécifique de l'autisme utilisable entre 6 mois et 7 ans, permettant de mettre ensuite en place des programmes éducatifs très individualisés, etc.)

Dans tous les cas, **le diagnostic de troubles associés doit être effectué** : un **examen somatique** doit être pratiqué et certains examens complémentaires sont généralement effectués. L'évaluation d'un éventuel retard mental est essentielle. Des examens de la vision et de l'audition doivent être pratiqués. Le recours à une consultation en neuro-pédiatrie puis en génétique (caryotype en haute résolution, recherche de X fragile) est aussi à envisager. La réalisation d'imagerie cérébrale (IRM) et d'un EEG est souvent proposée. Parfois, des éléments lésionnels sont mis en évidence,

mais, la plupart du temps, il n'existe pas de lésion cérébrale visible. La tomographie par émission de positons et les tomographies par émission de simples photons (SPECT) ont pu montrer, dans certains cas, une hypoperfusion localisée du gyrus et du sillon temporal supérieur, du cortex temporal associatif dans les régions auditives associatives. Ces problèmes généreraient des difficultés dans l'intégration sensorielle auditive et auditivo-visuelle, et ce en lien avec le système limbique responsable de mauvaises intégrations émotionnelles. Mais ces études réalisées sur de très faibles nombres de cas doivent se développer.

L'évolution de l'enfant durant toute la prise en charge doit être régulièrement évaluée dans les domaines qui sont liés à sa pathologie. La Haute Autorité de Santé propose que ces évaluations aient lieu au départ 3 mois après le diagnostic, puis de façon très régulière au moins une fois par an, dans le domaine du fonctionnement (communication et langage, interaction sociale ou socialisation, domaine cognitif, domaine sensoriel moteur, émotion et comportement, problème somatique) ; les activités et la participation (autonomie dans les activités quotidiennes, apprentissage en particulier scolaire et préprofessionnel) ; facteurs environnementaux (familial et également matériel).

Il est très important de noter que le diagnostic d'autisme ou de troubles envahissants du développement ne peut être fait en une seule consultation. Les centres de diagnostic qui traitent des cas complexes fonctionnent pour la plupart en accueillant les enfants à plusieurs reprises, parfois sur des temps longs et à distance. En effet, la "pression" portée sur la famille et l'enfant dans ces démarches diagnostiques est très forte, et il faut pouvoir bâtir une relation d'alliance thérapeutique et de confiance pour que l'enfant montre le meilleur niveau de son fonctionnement. Ce diagnostic est effectué par

une équipe multidisciplinaire (pédopsychiatres, psychologues, orthophonistes, psychomotriciens, enseignants spécialisés).

De même, il est extrêmement important qu'une fois le diagnostic fait, l'équipe du centre diagnostic puisse se mettre en lien avec l'équipe qui prendra en charge l'enfant à la suite, pour restituer un bilan qui puisse permettre de mettre en place les stratégies thérapeutiques les mieux adaptées à l'enfant.

En effet, aucun patient TED et aucun patient autiste n'est exactement semblable à un autre : l'enfant est forcément intégré dans son histoire, dans sa famille, et sans la prise en compte d'une prise en charge "haute couture", certaines difficultés peuvent être accentuées au lieu d'être endiguées par certaines techniques.

#### **La Haute Autorité de Santé recommande :**

- de définir et de donner la priorité aux interventions proposées en fonction des résultats des évaluations dans les différents domaines du fonctionnement et de la participation sociale de l'enfant et de l'adolescent ;
- de suivre et d'évaluer les interventions proposées sur la base d'une évaluation continue du développement de l'enfant et de l'adolescent associant ce dernier et ses parents ;
- d'adapter les interventions en fonction de l'âge et du développement de l'enfant et de l'adolescent, ce qui semble tout à fait positif.

#### **Interventions et prise en charge**

Elles doivent être personnalisées, globales et coordonnées. Cet aspect des recommandations de la HAS est une avancée réelle car, comme le dit Moïse Assouline, "cette synthèse sur le parcours longitudinal souhaité sera un document de référence pour soutenir le parcours singulier de chaque

## REVUES GÉNÉRALES

### Pédopsychiatrie

#### POINTS FORTS

- ➔ Les TED représentent un groupe de troubles qui apparaissent chez le jeune enfant mais peuvent durer toute la vie, et peuvent aussi être diagnostiqués tardivement. Ils partagent tous trois grands types de symptômes : une altération qualitative des interactions sociales réciproques et des modalités de communication ainsi qu'un répertoire restreint, stéréotypé ou répétitif des intérêts et des activités.
- ➔ La recherche a abouti à l'idée que l'autisme est un trouble neuro-développemental dont les origines sont probablement multifactorielles, avec des éléments génétiques sans doute très différents selon les types d'autisme. Cela n'exclut en aucun cas l'intérêt porté aux interactions entre l'enfant autiste et ses parents, et à l'aide qui peut être apportée à ces derniers qui souffrent beaucoup du manque de communication de leur enfant.
- ➔ Il existe huit sortes de TED dans la CIM 10 : l'autisme infantile, l'autisme atypique, le syndrome de Rett, autre trouble désintégratif de l'enfance, hyperactivité associée à un retard mental et à des mouvements stéréotypés, syndrome d'Asperger (autisme sans déficit mental), autres troubles envahissants du développement, autres troubles envahissants du développement sans précision ou non spécifiés ("dysharmonie évolutive à versant psychotique" de la CFTMEA).
- ➔ La fréquence des troubles envahissants du développement et de l'autisme a nettement augmenté ces dix dernières années. La fréquence des troubles associés est importante.
- ➔ La démarche diagnostique doit être clinique, aboutissant à un diagnostic nosographique. Elle doit aussi proposer un diagnostic fonctionnel et un diagnostic des troubles associés.
- ➔ Dans le traitement des enfants TED, il est essentiel d'utiliser une multiplicité d'outils à la fois comportementaux, des modalités de prise en charge des émotions, parfois des outils alternatifs à la communication langagière, voire des thérapies d'échanges et de développement.

personne en tant qu'un droit. C'est un point d'appui nouveau pour s'opposer aux errances... La recommandation marque une nouvelle étape dans la réhabilitation du sujet autiste dans la société".

L'HAS définit comme seul traitement ou prise en charge recommandés ceux qui obtiennent des preuves scientifiques établies ou des présomptions scientifiques établies fondées sur des études de fort niveau de preuves ou des études de niveau intermédiaire de preuves. Elle recommande :

>>> Le TEACCH (*Treatment and Education of Autistic and related Communication Handicapped Children*) est un programme éducatif créé par Eric Schopler dans les années 80 et qui utilise les principes de l'analyse comportementale. À partir d'un PEP (*Psychoeducational Profile*) qui permet de visualiser les compétences en émergence chez l'enfant – dans tous les domaines de sa vie – on met en place un programme éducatif individualisé qui cherche à standardiser les situations pour l'enfant, à maintenir son attention en évitant la distractibilité par des

stimuli extérieurs. La compartimentation des tâches, la ritualisation, font partie de la méthode.

>>> **La méthode ABA** (analyse appliquée des comportements), proposée à partir des travaux de Skinner et Watson dans les années 30 puis par Ivar Lovaas en 1987. Elle cherche les causes du comportement autistique dans l'environnement du patient pour comprendre ses difficultés (modèle de la contingence : on observe ce que l'enfant fait, ce qui précède son comportement, son action et ses conséquences). Elle procède par le renforcement positif des comportements efficaces et utiles, en favorisant au maximum l'imitation, la concentration, l'autonomisation. Les comportements qui ne sont pas utiles, voire négatifs, sont négligés ou non récompensés. La compartimentation des tâches existe aussi, et l'idée d'une stimulation d'au moins 20 heures par semaine est également prônée. Il faut être prudent à ce sujet, car on doit, comme le rappelle Moïse Assouline, "préciser quelle est la frontière entre les stimulations de type ABA acceptables pour des enfants petits et celles qui sont maltraitantes... De même, pour les adultes, nous observons que des abus comportementalistes génèrent de plus en plus de prétendus TOC (troubles obsessionnels compulsifs) qui sont générateurs d'exclusion institutionnelle et de renvoi au domicile ou en hôpital psychiatrique. Or, ce ne sont que d'anciennes stéréotypies autistiques qui deviennent envahissantes car elles sont activées par des formes de conditionnement inadaptées ou par la dépression".

Pour l'HAS, seules ces deux méthodes sont scientifiquement démontrées.

La **thérapie institutionnelle**, pourtant très centrale en France, n'est pas reconnue comme scientifiquement démontrée et **n'est pas recommandée**, ce qui nous semble injustifié. Elle propose de travailler en multidisciplinarité coordonnée. Articulées dans trois domaines (éducatif, thérapeutique, pédagogique),

les actions proposées prennent également en compte le ressenti des personnes qui s'occupent des patients et le travail autour de ce ressenti avec les parents. Elle s'attache également à mieux comprendre les ressentis et les angoisses des personnes autistes pour les aider à les dépasser. Elle tente d'aider les institutions à rester le plus soignantes possible, dans une pratique intégrative. Marie-Dominique Amy (2004) écrit à ce propos : "Il faut travailler avec les capacités les plus accessibles et les plus mobilisables. Mais, d'après mon expérience, faire comprendre et ressentir à un enfant le pourquoi psychique (le moteur interne) de cette capacité émergente est un atout supplémentaire et sans doute le meilleur moyen pour que se fixent les acquisitions". C'est à ce niveau que les outils psychanalytiques sont utiles, voire irremplaçables, car ils aident à avancer vers la généralisation des comportements en accédant à leur sens.

Actuellement, en France, la position de la plupart des pédopsychiatres est d'utiliser dans le traitement des enfants TED une multiplicité d'outils à la fois comportementaux et de prise en charge des émotions. C'est sans doute ce qui est dénommé habituellement psychothérapie institutionnelle. Cette interrogation sur soi-même et sur sa propre technique semble aujourd'hui essentielle à beaucoup de pédopsychiatres.

À noter que des outils alternatifs à la communication langagière orale peuvent aussi être intégrés dans les prises en charge PECS (*Picture Exchange Communication System*) proposant des pictogrammes ; Makaton associant des gestes à des images et des signes symboliques, parfois de l'écrit. Des thérapies d'échanges et de développement tentent aussi de développer des initiatives à partir de matériels standardisés pour susciter les intérêts de l'enfant, en limitant les stimulations pour favoriser la sélection des informations et les actions qui en découlent.

**Loin des querelles qui voudraient que le patient autiste soit écartelé entre une prise en charge purement psychanalytique qui n'existe plus nulle part et un traitement purement comportemental qui ferait oublier ses émotions, le bon sens vise à équilibrer les pratiques, en faisant feu de tout bois et en adaptant chaque méthode au patient et à sa famille.**

## Conclusion

Si, aujourd'hui, on veut avancer dans le traitement des patients TED et autistes, il faut véritablement réfléchir en lien, faire progresser la recherche mais aussi, comme l'écrit le Professeur Marie-Rose Moro (présidente du Conseil national

des universités de la section pédopsychiatrique), "les pédopsychiatres universitaires sont conscients de l'importance d'intégrer dans les pratiques de soin et d'accompagnement des personnes avec autisme des modes d'intervention diversifiés, intégrant les connaissances les plus récentes dans le domaine ; pour autant, les recommandations de l'HAS ne doivent pas s'appuyer sur des considérations partisans quelles qu'elles soient ou des *a priori* en pratiquant le rejet ou l'exclusion. Il nous apparaît important que l'ensemble des pratiques puisse faire l'objet d'évaluation, en utilisant notamment des méthodes observationnelles. À ce titre, il apparaît essentiel de souligner que de telles études ne peuvent être engagées sans les moyens nécessaires, faute de quoi la cause de l'autisme n'aura gagné que de vaines polémiques".

### Pour en savoir plus :

- AMY MD. Comment aider l'enfant autiste. Approche psychothérapique et éducative. Dunod, 2004.
- Ouvrage collectif. L'enfant autiste, coordonné par L. Ouss-Ryngaert, John Libbey, Condé-sur-Noireau, 2008.

Les auteurs ont déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.