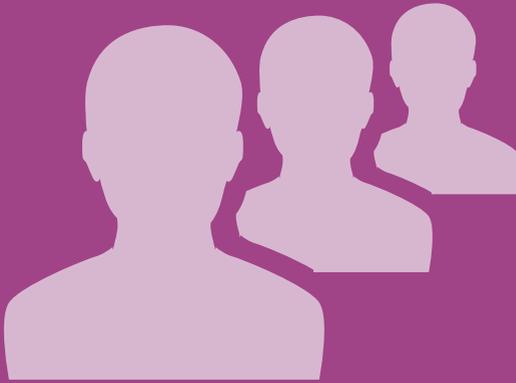


Autisme

LES RECOMMANDATIONS
de BONNES PRATIQUES
PROFESSIONNELLES :
Savoir-être et savoir-faire



Dossier 4

**Caractéristiques
communes,
hétérogénéité*
et spécificités**

Introduction

Au sein d'une population de personnes répondant au diagnostic d'autisme et autres TED existent des types et des profils cliniques très différents avec, pour conséquence, des degrés de handicap très divers dans leur nature, leur intensité et leur complexité.

Cela est lié non seulement aux variations de sévérité des troubles, mais aussi à l'existence d'évolutions cliniques particulières.

Ce qui en fait la grande diversité, c'est la variabilité et l'intensité des altérations de la triade autistique*, qui vont avoir des conséquences plus ou moins importantes sur le développement et le fonctionnement quotidien de la personne. Cette hétérogénéité* clinique est majorée par le degré de déficience intellectuelle pouvant être associée à l'autisme ainsi que par les comorbidités* (pathologies associées qui doivent être diagnostiquées) génétiques, somatiques* ou encore psychiatriques. La variabilité des trajectoires développementales est également liée à l'existence d'évolutions cliniques particulières, tout au long de la vie.

Les symptômes de la triade

Malgré cette grande diversité, toutes les personnes avec autisme et autres TED ont des troubles du développement social caractérisé par :

- des manières particulières d'entrer en contact avec autrui avec des comportements tels que le retrait, l'évitement, l'unilatéralité, l'intrusion,
- un langage absent, étrange ou réduit, et des compétences socio-communicatives exprimées de façons particulières et/ou avec difficultés,
- un répertoire d'expressions émotionnelles peu variées et mal adaptées à la situation,
- une grande difficulté à développer une représentation intérieure des événements et actions qui affecte l'aptitude à anticiper ce qui pourrait se passer,
- des centres d'intérêts inhabituels, restreints et stéréotypés.

Ces troubles se manifestent dans ce que font les personnes, la manière qu'elles ont de se comporter, traduisant ainsi la particularité de leur fonctionnement. Ils ne doivent donc pas être confondus avec l'expression de comportements-problèmes*. Voir Dossier 7, p. 89.

Les fonctionnements spécifiques

Les fonctionnements spécifiques sont observables et à la fois fluctuants selon les contextes et le temps.

« Les personnes avec TED présentent des particularités au niveau des fonctions organiques et des activités de participation... Les particularités de fonctionnement de la personne avec TED sont essentielles à identifier. »

État des connaissances HAS/2010

1) Fonctionnement sensoriel

Des particularités sensorielles s'observent quel que soit l'âge de la personne et la forme d'autisme exprimée.

Il s'agit de particularités de traitement des informations sensorielles (stimuli tactiles, auditifs, visuels, vestibulaires*). Elles se traduisent soit par une hyperréceptivité, une hyporéceptivité ou encore par une fluctuation du traitement de ces mêmes stimuli sensoriels.

Les personnes avec autisme peuvent présenter des profils sensoriels différents. Leurs caractéristiques dans ce domaine sont prises en considération dans les modalités de soutien proposées. Ces particularités de l'intégration sensorielle ont une incidence sur la perception de l'environnement et donc sur sa compréhension.

Ce dysfonctionnement de la sphère sensorielle entraîne généralement :

- des difficultés pour traiter une trop grande quantité d'informations,
- une compréhension altérée des informations,
- une modification de la perception sensorielle et une réactivité particulière aux bruits, lumières, toucher, contacts, odeurs (flairage),
- une perception en détail qui amène à des comportements de vigilance exacerbée,
- des difficultés à intégrer les variations de couleurs, les changements de nature de sols,
- des difficultés à filtrer les mouvements et les déplacements des personnes.

Ces particularités sensorielles peuvent se traduire par une apparition de troubles du comportement* ou de conduites de retrait.

2) Fonctionnement moteur

Il se caractérise par :

- un comportement sensori-moteur* qui peut être lié à un décodage singulier de l'environnement,
- des gestes stéréotypés de formes très diverses, des rituels corporels ou bien encore des particularités dans l'organisation du mouvement (coordination, anticipation, planification, organisation, intention),
- une activité motrice autocentrée, des autostimulations pour rechercher des sensations,
- une approche atypique des objets et des personnes.

3) Fonctionnement cognitif

Il met en perspective un traitement différent des informations et des stratégies spécifiques d'exploration du monde environnant.

La pensée concrète et la pensée en détails.

La personne avec autisme a souvent une pensée concrète, visuelle et contextuelle. Elle ne s'adapte pas intuitivement aux situations sociales, mal décryptées, et éprouve des difficultés pour ajuster spontanément ses comportements à la variabilité des contextes d'apprentissages. Ceci a pour conséquence de freiner son autonomie. De ce fait, on peut considérer qu'elle demeure environnemento-dépendante* (peu de flexibilité) et qu'elle a besoin d'aide pour acquérir, comprendre et décoder les mécanismes des interactions sociales ainsi que les mécanismes inhérents aux capacités et habiletés adaptatives*.

Elle traite majoritairement tous les stimuli de façon fragmentée (un par un ou par

morceau) en privilégiant les détails plutôt qu'un tout intégré et significatif. Ceci est l'expression d'une faiblesse de cohérence centrale, qui génère une hypersélectivité* des informations. La personne sélectionne des détails de l'environnement, pas forcément les plus pertinents, pour accéder à une information utile qui lui permette d'agir, et les utilise par association.

Elle apprend généralement de manière rationnelle, plutôt qu'intuitive et implicite. Ceci peut être un point d'appui au développement de compétences de communication et d'apprentissages divers et doit amener les intervenants à adapter leur pédagogie quand ils proposent des activités (informatique, lecture, dessin, musique, sport, vie quotidienne et domestique).

Perception du temps et des changements. La personne présente des difficultés pour comprendre les concepts de temps et de durée. On constate également des difficultés attentionnelles (vigilance, niveau d'éveil, motivation...).

La personne peut également présenter des difficultés d'adaptation aux changements, quels qu'ils soient : alimentaires, vestimentaires, lieux, personnes, horaires. Ceci peut s'exprimer par une rigidité quotidienne, une anxiété ou encore par des rituels envahissants.

Fonctions exécutives. Planifier, persévérer, prendre l'initiative, s'organiser sont des capacités qui permettent à chacun d'avoir un comportement suffisamment flexible et adapté dans toutes les situations.

La personne avec autisme présente à des degrés divers, selon les moments et selon l'adaptation de l'environnement, des difficultés pour planifier ses actions,

anticiper son comportement lors de tâches diverses, s'organiser spontanément pour enchaîner des actions et ajuster ses réponses. Elle peut par exemple rester bloquée en raison de ses difficultés à réaliser tel ou tel acte, et ne pas être capable de modifier ses stratégies en cas de besoin.

Cela peut se traduire par une réelle difficulté à faire des choix, à imiter ou encore à se servir d'indices pertinents dans l'environnement pour agir et modifier son comportement.

Théorie de l'esprit. C'est la capacité à attribuer un état mental aux autres et à soi-même. C'est une compétence fondamentale d'un point de vue social. Les personnes avec autisme sont ici en difficulté, ce qui explique en partie leur peine à construire un monde social guidé par les intentions, l'intuition sociale, les désirs et croyances, et à adapter leur comportement lors d'interactions sociales.

4) Fonctionnement émotionnel

La personne avec autisme a un traitement particulier de la perception des émotions des autres et de l'expression des siennes. Ceci entraîne une difficulté à s'harmoniser et à partager avec autrui. Les émotions peuvent ne pas être en phase avec le contexte. Rire, avoir peur, montrer de l'affection, de l'anxiété, peut s'exprimer de façon anachronique, disproportionnée. **Nous devons être très vigilants quant à l'interprétation de ces émotions.** La personne avec autisme peut ainsi rire si elle est très angoissée ou être triste, pleurer, se

mordre si une joie trop intense l'envahit. Les difficultés rencontrées pour gérer les émotions peuvent également la conduire à exprimer en réaction des conduites hétéro-agressives, de l'agitation, un repli ou des automutilations.

Les émotions peuvent donc être exprimées de manière singulière avec des intensités variables. La personne avec autisme peut intellectuellement comprendre une émotion, mais son expression sera inattendue, voire inadaptée à ce qu'elle est en train de vivre. Il est utile de l'accompagner dans l'expression de ses émotions, mais aussi dans leur compréhension.

5) Fonctionnement de communication

Toute la sphère de l'échange et de la réciprocité est touchée. Cela se manifeste par un manque patent d'attention conjointe (intérêt de deux ou plusieurs personnes pour la même chose au même moment, sans autre indication que l'événement qui se produit ; par exemple, une personne entre dans une pièce, tout le monde se retourne, sauf la personne avec autisme).

Ceci se manifeste également par des compétences d'imitation naturelles faibles. La fonction de langage oral est altérée de manière très variable : cela va de l'absence totale de langage à une atteinte partielle. La personne avec autisme peut disposer du langage oral, avoir un certain vocabulaire, mais ne pas être, pour autant, plus performante pour intégrer la pragmatique du langage (son sens en contexte).

Le langage fonctionnel et la fonction pragmatique du langage peuvent donc

lui être source de grandes difficultés. La présence d'un langage oral ne vient pas naturellement compenser les capacités socio-communicatives et minorer les difficultés d'expression dans le registre émotionnel.

Enfin, la personne avec autisme n'utilise pas spontanément un langage gestuel ou corporel pour compenser l'absence ou l'insuffisance de langage oral. Cette particularité peut s'observer également pour celles qui disposent d'un bon langage oral.

D'autres caractéristiques non spécifiques communément associées sont l'anxiété, les troubles du sommeil, les troubles du comportement* alimentaire. Elles ont une incidence directe sur les fonctionnements de chaque personne.

L'approche fragmentée de l'environnement, la hiérarchie et le sens donné aux informations, l'organisation dans l'espace et dans le temps et l'adaptation aux changements sont à la fois atypiques et singuliers dans toutes les formes d'autisme, chaque personne ayant ses propres particularités.

L'expression clinique de ces particularités fonctionnelles varie selon les âges de la vie. Cela entraîne des situations de handicap hétérogènes.

La notion de « situation de handicap », chère à la loi 2005, prend ici tout son sens. Il y a une réelle nécessité à adapter de façon continue l'environnement pour aider la personne avec autisme à exprimer au mieux ses compétences.

Pour être adaptées à la personne, les interventions font l'objet d'évaluations continues du fonctionnement.

 Voir Focus 7, p. 49.

Les troubles associés

L'association à l'autisme d'anomalies, de troubles ou de maladies est fréquente. Elle participe de façon importante à l'hétérogénéité* comportementale des personnes autistes.

L'identification de ces troubles associés ne remet pas en question le diagnostic d'autisme, mais fournit des indications précieuses pour la prise en charge globale et l'évolution.

Une consultation génétique, neurologique et un examen morphologique et moteur peuvent mettre en évidence :

- un retard mental associé (dans 50 à 80 % des cas),
- une épilepsie (1/3 des personnes avec autisme et retard mental),
- des troubles de la coordination motrice,
- des déficits sensoriels,
- des troubles graves du langage (aphasie, dysphasie),
- des maladies génétiques connues associées à l'autisme (15%),
- des troubles métaboliques.

Compte tenu des progrès constants des techniques, il faut s'interroger régulièrement sur la réactualisation de ces explorations. La qualité de l'intervention thérapeutique et la bienveillance en dépendent.

Comorbidités* psychiatriques et diagnostics différentiels*

Une personne avec autisme et autres TED peut développer une pathologie psychiatrique à côté de son autisme. Actuellement, les données sont partielles et les moyens diagnostiques disponibles ne sont pas toujours évidents à utiliser, compte tenu de la triade autistique*.

Ces troubles associés ont longtemps été confondus avec des causes ou des conséquences de l'autisme. De nombreuses recherches restent à faire, mais il est important de se poser la question de la comorbidité* psychiatrique pour mieux comprendre et accompagner la personne. Les personnes peuvent notamment présenter une hyperactivité (TDHA*), des troubles anxieux, des troubles bipolaires, des peurs et phobies, des troubles obsessionnels compulsifs. Devant des troubles psychotiques* (schizophrénie), malgré quelques rares descriptions qui peuvent laisser penser à un diagnostic additionnel (TED et schizophrénie), il s'agit le plus souvent de poser un diagnostic différentiel* (TED ou schizophrénie). En effet, les diagnostics de schizophrénie et de trouble envahissant du développement sont deux diagnostics bien distincts dans les classifications internationales.

Enfin, il est à noter que le taux de dépression augmente avec l'âge.

« Troubles psychotiques : des troubles psychotiques ont été rapportés chez 5 % à 12 % des adultes avec TSA (55,67). Aucun trouble psychotique n'a été retrouvé dans l'étude*



Quelques repères pour bien accompagner les personnes avec autisme

- **Faciliter le traitement de l'information**, par un environnement sécurisant constitué de repères stables et généralement visualisés pour une meilleure compréhension des contextes.
 - > En **structurant le temps et les espaces** pour permettre à la personne de se repérer, de s'organiser dans le temps et comprendre la succession des événements et des activités
 - > En proposant des **aides concrètes** physiques, gestuelles, visuelles et démonstratives
 - > En veillant à proposer des **supports visuels** pour faciliter autant la compréhension que l'expression (même quand le langage oral est présent) des besoins fondamentaux et quotidiens, pour demander de l'aide et signifier une douleur.
- **Développer une pédagogie concrète** permettant l'acquisition de savoir faire par l'expérimentation et la mise en situation répétées et régulières d'apprentissage.
 - > En favorisant la **généralisation** de ces acquis dans des contextes différents
 - > En s'assurant que la personne dispose d'**activités valorisantes**, utiles à son autonomie et suffisamment porteuses de rôles sociaux et communautaires
 - > En donnant les **aides** visuelles, gestuelles, physiques, orales nécessaires à la continuité de l'action.
 - > En rendant **tangible et compréhensible l'intérêt** de l'activité proposée. (Notion de récompense, de renforçateur*, de plaisir...)
 - > En mettant en œuvre des stratégies pour aider la personne à mieux **gérer les changements, l'attente et les transitions**.
- **Soutenir les compétences adaptatives** et permettre l'apprentissage des habiletés alternatives à l'expression de comportements dits problèmes ou inadaptés.
 - > En entraînant la personne aux **habiletés sociales** en vue de faciliter ses capacités à interagir dans des contextes sociaux quotidiens.
 - > En permettant à la personne de **se ressourcer** par le retrait et de repli volontaire afin de l'aider à s'apaiser quand elle en éprouve le besoin.
 - > En favorisant un environnement de vie calme **apaisant** qui tient compte des qualités sensorielles et physiques de tous les contextes environnementaux.

sur des adolescents avec syndrome d'Asperger* de Ghaziuddin, ni dans les deux études sur des adultes avec autisme avec ou sans retard mental de Melville et de Leyfer. Dans une série de 163 adolescents et adultes avec autisme, un seul cas de schizophrénie a été rapporté (0,6 %), résultat globalement comparable à la fréquence de la schizophrénie dans la population générale.

Une schizophrénie a été observée dans 2 % des cas chez des adultes avec autisme de haut niveau ou avec syndrome d'Asperger* et dans 4 % des cas chez des adultes avec autisme atypique.

Des troubles schizophréniques ont été observés dans 30 % des cas dans la trajectoire vie entière* de personnes avec autisme atypique. L'association entre schizophrénie et TED, en particulier l'autisme atypique, est toujours un sujet de recherche, comme le montre la revue de Rapoport concernant la schizophrénie à début précoce (forme rare et sévère de schizophrénie). »

État des connaissances HAS/2010, annexes

À SAVOIR

On parle de diagnostic différentiel* quand deux diagnostics risquent d'être confondus.

Le diagnostic différentiel* est l'identification d'une pathologie grâce à la comparaison des symptômes de plusieurs affections voisines que l'on cherche à différencier les unes des autres par un processus d'élimination logique.

On parle de diagnostic additionnel quand il y a comorbidité*, c'est-à-dire que plusieurs diagnostics pour une même personne peuvent être identifiés, par exemple : autisme et dépression.

Conclusion

L'autisme est un processus développemental, évolutif sur lequel les interventions et les aménagements proposés ont une incidence. Les difficultés les plus persistantes concernent l'adaptation sociale naturelle et intuitive à l'environnement.

L'hétérogénéité* des fonctionnements spécifiques dit autistiques et leur manifestation d'une personne à l'autre, d'un contexte à l'autre et d'une période de vie à l'autre, pour la même personne et d'une personne à l'autre, est présente au sein de chaque catégorie diagnostique (autisme infantile, TED non spécifiques, Asperger*...).

Ceci est au cœur de la réflexion actuellement menée autour de l'évolution des classifications diagnostiques internationales américaines (DSM). Actuellement catégorielle, cette classification évolue vers une version dimensionnelle. On s'achemine vers le trouble du spectre de l'autisme (TSA*).

 Voir Focus 8, p. 51.

 Voir Focus 2, p. 23.



D'un bout à l'autre du spectre : le handicap dépend aussi de la prise en compte des difficultés

Les troubles envahissants du développement (TED*) ou troubles du spectre autistique (TSA*) sont une pathologie du neurodéveloppement qui affecte les capacités d'interaction, de communication et d'adaptation à l'environnement par des comportements stéréotypés et des intérêts restreints.

Les individus avec TSA présentent des caractéristiques qui leur sont propres par la grande variabilité et l'intensité des symptômes. Ainsi, tout au long de ce continuum, nous pouvons être amenés à rencontrer des situations diverses allant de personnes très dépendantes dans les activités de la vie quotidienne et accueillies dans des établissements spécialisés, à des personnes avec un haut niveau de fonctionnement intellectuel ayant toutefois de grandes difficultés d'insertion.

Les deux exemples ci-après illustrent parfaitement ces deux notions et posent la question d'un accompagnement spécifique et individualisé des personnes avec TSA, quel que soit le niveau d'atteinte des différentes sphères du développement et du fonctionnement.

Albert, 16 ans, présentant un autisme typique avec déficience intellectuelle sévère

Il est adressé, dès l'âge de 3 ans et demi à un pédopsychiatre. Le diagnostic de « trouble du développement et troubles de la communication de type autistique » est posé. L'histoire développementale est en effet teintée de nombreuses atypies dès les premières années de vie.

L'examen néonatal de ce beau bébé né à terme est normal. Il se révèle assez rapidement très agité, avec peu de moments calmes. Les premières inquiétudes des parents, qui ont déjà un enfant de 5 ans en bonne santé, apparaissent lorsque leur garçon présente un retard d'apparition de la marche (19 mois) et du langage (aucun mot avant l'âge de 4 ans), ainsi que des stéréotypies telles que des stimulations visuelles et plus tard, des actionnements répétés d'interrupteurs, qui peuvent durer des heures. La propreté est acquise tardivement ; à 16 ans, il existe encore des épisodes isolés d'énurésie. Très vite, l'enfant se montre intolérant aux bruits, se bouche les oreilles au moindre son, alors qu'il ne semble même pas entendre lorsqu'on l'appelle par son prénom. Il ne regarde pas lorsqu'on le regarde, ne sourit pas ou seulement quand il procède à ses activités répétitives. Il ne joue pas, et encore moins avec les autres enfants qu'il semble fuir.

Dès l'âge de 4 ans, il est orienté vers un institut médico-éducatif (IME*) avec un suivi orthophonique toujours en cours, un temps d'intégration scolaire avec une institutrice spécialisée et un temps d'activités « sensorielles ».

Entre 3 ans et demi et 11 ans, le jeune sera régulièrement évalué par une équipe pluridisciplinaire spécialisée dans les troubles du spectre de l'autisme qui mettra en évidence une amélioration significative de la symptomatologie autistique, due à un accompagnement éducatif et médical adapté.

Lorsqu'il se présente à la consultation psychiatrique à l'âge de 16 ans, l'adolescent peut rester assis et écouter pendant un long moment. Le contact visuel est de bonne qualité, coordonné à d'autres moyens de communication non-verbale : il désigne du doigt ce qu'il veut et vocalise de manière variée. Même si le langage est totalement absent, il sait maintenir l'interaction pour tenter de se faire comprendre. Les stéréotypies qui étaient nombreuses dans l'enfance, sont beaucoup moins envahissantes et peuvent être stoppées. Persistent des intérêts sensoriels et une hypersensibilité aux bruits qui peut être améliorée avec le port d'un casque au domicile parental, ce qui lui permet de participer aux réunions de famille et d'y trouver satisfaction. Du point de vue de l'autonomie, il a besoin d'un accompagnement verbal pour la majeure partie des activités de la vie quotidienne : c'est le cas pour la toilette et l'habillage, qu'il peut faire en grande partie en autonomie ; il mange proprement et sans difficultés avec des couverts. C'est même un moment de plaisir et de partage.

Au terme du bilan réalisé, le diagnostic d'Albert reste le trouble du spectre autistique typique, d'évolution très favorable sur les plans de la communication et de l'interaction, avec un comportement plus adapté et apaisé.

Les liens entre l'équipe pluridisciplinaire diagnostique, l'équipe de l'IME* et les parents ont permis la poursuite de l'accompagnement individualisé d'Albert, en insistant sur ses capacités d'imitation et sa stabilité comportementale qui permettront de nouvelles acquisitions pour favoriser l'autonomisation et le bien-être du jeune homme dans tous ses lieux de vie.

Estelle, présentant un trouble du spectre autistique de type syndrome d'Asperger*

Estelle consulte pour la première fois à l'âge de 21 ans, avec sa maman, l'équipe pluridisciplinaire d'un Centre Ressources Autisme suite à des difficultés majeures d'insertion scolaire et d'orientation professionnelle.

La reprise des éléments de la première enfance avec la maman ne mettent pas en évidence de « points d'appel » pour des anomalies du développement social. Tout juste est évoqué un bébé calme, discret, mais qui se développe normalement : Estelle marche à 15 mois, et même si à l'époque, le pédiatre constate une légère maladresse dans certains gestes, Estelle n'inquiète personne. Au contraire : elle fait la fierté de ses parents et l'étonnement de l'entourage devant ses phrases complexes et son niveau de langage à 5-6 ans, comparable à celui d'un adulte. Il est vrai qu'à cette période, Estelle préfère la compagnie des adultes ou mieux, de ses consoles vidéo.

Son parcours scolaire est de qualité, voire exemplaire, et là encore, Estelle franchit les différentes étapes scolaires de manière plus ou moins heureuse ; c'est

à l'âge de 13 ans, au cours d'une consultation avec un neuropédiatre, que sont évoqués pour la première fois des troubles praxiques*. À cette même époque, la scolarité devient plus chaotique avec des difficultés de relation avec les autres élèves et d'insertion. Estelle est décrite comme la « souffre-douleur » de sa classe. Au cours des années de collège et de lycée, elle s'isole fréquemment, pleure souvent devant son incapacité à tisser des liens avec les autres et l'incompréhension des « codes sociaux » de l'adolescence. Une fois son baccalauréat obtenu et par goût prononcé pour le dessin, dans lequel elle excelle, Estelle s'oriente vers une école supérieure de conception graphique. Ses difficultés d'intégration sociale se font encore plus prégnantes : elle abandonne ce projet.

Actuellement inscrite en langues étrangères appliquées, « pour passer le temps », Estelle semble découragée quant à son projet professionnel. Elle sort peu, toujours accompagnée de sa maman, joue essentiellement à la console de jeux et dessine. Ses initiatives au domicile et son autonomie sont assez limitées : elle prend deux douches par semaine, sur injonction maternelle, parce qu' « elle n'y pense pas », ou que « c'est trop tard dans la journée » ; elle ne répond pas au téléphone, ne sait pas faire des courses, peut oublier de manger, à la faveur de ses centres d'intérêt. Elle dit elle-même n'avoir que deux amis, qu'elle ne rencontre que 2 ou 3 fois par an. Elle reconnaît avoir un problème de « relation » et d'identification de ses émotions ou de celles des autres. Tout cela est en contraste avec des compétences intellectuelles intactes voire supérieures à son groupe d'âge, et en particulier des îlots de compétence dans les connaissances lexicales.

Les conclusions de l'équipe pluridisciplinaire vont dans le sens d'un trouble du spectre autistique de type syndrome d'Asperger*, et encouragent Estelle à entamer un suivi par remédiation cognitive* pour restaurer l'estime de soi et améliorer la flexibilité de la pensée. Le travail autour des habiletés socio-conversationnelles en petits groupes est également préconisé.

Conclusion

Ce qui est frappant chez ces deux personnes, c'est leurs trajectoires opposées avec une symptomatologie améliorée d'un côté et de l'autre, un repli qui s'accroît. Si on considère la définition du handicap telle qu'énoncée par la loi du 11 février 2005 : « *Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant* », on est en droit de se poser la question de qui, entre Albert et Estelle est le plus handicapé...

Isabelle Carteau-Martin, psychologue, CHRU Bretonneau,
Tours, Centre de Ressources Autisme* Région Centre.

Autisme

LES RECOMMANDATIONS de BONNES PRATIQUES PROFESSIONNELLES : **Savoir-être et savoir-faire**

Depuis 2005, des recommandations officielles paraissent sur l'autisme et il n'est pas toujours facile de s'y retrouver. D'autant que les textes officiels ne mettent pas en perspectives les pratiques qu'ils sous tendent. Ce nouveau guide sur l'autisme de l'Unapei offre aux professionnels et aux bénévoles une lecture facilitée et pratique en reliant entre elles des informations parues au fil de la publication de ces recommandations. Il devient ainsi plus simple de mettre en œuvre concrètement les pratiques recommandées.

Dix dossiers abordent les thèmes fondamentaux nécessaires à la compréhension de l'autisme et les modes d'accompagnement reconnus. Pour chaque dossier, l'explication des pratiques décrites est intimement reliée aux spécificités de fonctionnement des personnes autistes connues à ce jour.

Il ne s'agit pas de proposer des recettes miracles, mais de pointer des exigences pour répondre au mieux aux besoins des personnes que l'on accompagne et à ceux de leur famille. Il s'agit notamment d'adapter l'environnement à la personne et de lui apporter des réponses et des soutiens adaptés à ses spécificités, responsabilité que les établissements médico-sociaux se doivent de mettre en œuvre.

Les informations proposées constituent avant tout un guide pour agir en disposant de repères pour mieux organiser et optimiser les interventions.

Ce guide a été rédigé par la Commission autisme de l'Unapei avec la collaboration de l'Ancra et de l'Arapi.

