

RESUMÉ

Il est temps que nous, les orthophonistes, sachions que nous pouvons prendre part à l'éducation des enfants autistes pour leur permettre de devenir de "vraies personnes". Nous sommes des spécialistes du langage et de la communication. Nous savons aider les enfants en difficulté. L'ensemble des troubles que nous rééduquons sont maintenant reconnus comme faisant partie d'une grande famille de troubles neurologiques. Nous savons que nous pouvons travailler efficacement, en quantifiant les résultats obtenus, et en utilisant des méthodologies reconnues.

MOTS CLÉS

Education – Structure – Symbole Visuel – Communication – Niveau Réel De Développement – Evaluation – Echange – Intervention Précoce.

L'ORTHOPHONISTE FACE À L'AUTISME

Chantal BROUSSE
Orthophoniste
06250 MOUGINS

Chantal BROUSSE

SUMMARY : *Speech therapy and autism*

It is time for us speech-therapists, to show that we can play an important part in the education of autistic children to help them become "real people". We are specialised in language and communication. We know how to help children whatever their difficulties. The disabilities we work on are now recognised as belonging to a larger family of neurological disorders. Non proficient type of approaches should be stopped, we can work efficiently, using methods and assessments.

KEY WORDS

Education – Structure – Visual Symbol – Communication – Development level – Assessment – Exchange – Early intervention.

Trop souvent encore, l'orthophoniste doute de ses capacités à prendre en charge l'enfant autiste, en partie en raison de l'ambivalence du diagnostic. En effet, au cours de ses études l'autisme a été évoqué assez rapidement. On lui a peut-être dit, dans le meilleur des cas, que l'on avait mis récemment en évidence des anomalies génétiques, et qu'il existait des modes de prise en charge différents, mais on lui a surtout dit qu'il s'agit d'un trouble essentiellement psychologique consistant en un **refus de communiquer**, à un **repli sur soi** qui doit très vite être dirigé vers un psychologue ou un psychanalyste qui prendra en charge la famille entière.

Au cours des stages qu'il a effectués dans les hôpitaux, il a vu cet "enfant différent" se balancer dans l'angle d'un mur en grattant le sol ou en écrasant une bouteille d'eau minérale vide entre ses mains. Il peut se sentir dérouté par cet enfant, dont on entend encore dire : "il **comprend** mais il ne **veut** rien faire", "il ne nous **écoute** pas", "il est **capricieux** et hurle si on s'occupe de lui". Et pour lequel il entend encore des remarques négatives au sujet de sa famille.

Ce tableau paraît très noir et pourtant il existe encore partout en France, lorsque l'on regarde autour de soi et que l'on écoute la détresse des familles.

LE SYNDROME AUTISTIQUE

Nous savons maintenant, grâce à la recherche génétique de plus en plus précise, que des chromosomes et particulièrement le 7, présentent des anomalies qui restent à définir dans les années proches et qui entraînent ces troubles très spécifiques de l'Autisme.

Référons-nous à la définition du **DSM IV** :

- 1- Altérations massives des interactions sociales,
- 2- Altérations qualitatives de la communication,
- 3- Répertoire de comportements, d'intérêts et d'activités restreints répétitifs et stéréotypés.

Ce retard ou fonctionnement anormal ayant débuté avant l'âge de 3 ans dans au moins 1 des 3 domaines suivants :

- 1- Interaction sociale,
- 2- Utilisation du langage pour la communication sociale,
- 3- Jeu symbolique ou imaginaire.

Ces définitions permettent de s'ouvrir à un large éventail de troubles apparentés qui n'est plus réduit au seul enfant que décrivait Kanner *.

* 1943

Et cela d'autant plus qu'actuellement, les témoignages d'adultes autistes dont nous disposons nous permettent de mieux comprendre leur mode d'appréhension du monde extérieur.

Pourquoi ne pas se servir de méthodes calquées sur les pistes qu'ils nous indiquent ?

Nous sommes certains de leur capacité d'observation, il suffit de regarder la qualité de leurs observations et la précision dont certains sont capables dans le dessin.

Tous ceux qui ont pu écrire des livres ou des articles nous ont donné des renseignements précieux sur leur mode de pensée, sur leur compréhension du monde et la façon dont ils ont pu accéder aux apprentissages.

* 1996

Ils nous expliquent les particularités sensorielles de leurs perceptions : les sons qu'ils entendent, les images qu'ils voient et les sensations tactiles qui les agressent.

Temple Grandin* pense en images : "Les mots sont comme une seconde langue. Je traduis tous les mots dits ou écrits en films colorés et sonorisés ; ils défilent dans ma tête comme des cassettes vidéos..." mais "...le bruit était une source permanente de problèmes. C'était comme si la roulette du dentiste avait touché un de mes nerfs.....dans une pièce bruyante, je n'arrive pas à comprendre ce qui se dit, car je ne filtre pas le bruit de fond".

* 1999

Gunilla Gerland*, qui présente un syndrome d'Asperger écrit : "Chaque situation, chaque chose, en moi, était représentée par une couleur. J'avais mon système de couleur qui était ma façon de collecter les éléments des différents mondes : le monde - chambre d'enfant, le monde - jardin. Le fait de non - comprendre était orange clair, le découragement était vert sombre et s'étalait sur cet orange en l'estompant".

Si les sons déformés sont difficiles à identifier, qu'en est-il des mots, noyés dans un magma de bruits d'intensité fluctuante "comme si l'on tournait sans cesse le bouton de volume de la chaîne stéréo", provoquant tantôt une hyper-stimulation, tantôt une hypo-stimulation ?

Ces témoignages de plus en plus nombreux nous confortent dans l'idée que, puisque le mode de pensée de l'autiste est différent du nôtre, passant par des **images**, des **symboles visuels**, nous devons utiliser ces compétences-là pour tout apprentissage.

UNE PRISE EN CHARGE PRÉCOCE

Nous savons tous, pour l'avoir souvent vérifié, que la frustration de ne pouvoir demander ce qu'il veut ou de ne pas savoir exprimer les douleurs qu'il ressent, provoque chez l'enfant sans langage de véritables crises de colère et que ses crises s'estompent au fur et à mesure du développement de la communication.

Que fait-on avec l'enfant sourd ? Les mots n'arrivent pas au cerveau pour des raisons physiologiques, alors on les remplace par un équivalent **gestuel ou tout moyen visuel** pour qu'il puisse comprendre et demander ce qu'il désire en utilisant un code différent. Que fait-on avec l'enfant dysphasique ? On sait que le mot arrive au cerveau, qu'il est reconnu et compris mais la répétition est difficile voire même impossible, l'expression ne peut passer que par **le geste ou l'image** qui sont tout de suite intégrés, il peut utiliser aussi ce même code pour être compris. Que peut-on faire chez l'enfant autiste ? Le son arrive dans de mauvaises conditions, il ne peut pas être identifié, c'est la surdité verbale que décrivait déjà Mme Borel-Maisonny et que l'on désigne actuellement sous le terme plus large de trouble d'intégration du langage, la réponse me semble évidente : la communication ne pouvant être décodée auditivement, doit passer par un canal différent donc **visuel**.

Bien sûr, les résultats seront variables en fonction des aptitudes intellectuelles de l'enfant, mais de plus en plus les études montrent que **lorsqu'il n'y a pas de troubles surajoutés** : retard mental, épilepsie, problèmes moteurs,... **la cognition n'est pas touchée** et peut se développer si les stimulations sont **précoces**.

*27 Novembre 99

C'est ce qui est ressorti du dernier congrès d'Autisme France*, où les spécialistes ont pu nous expliquer comment le traitement perturbé de l'information au niveau du cervelet et du mésencéphale entraînait un afflux de sérotonine, sécrétée par les noyaux du Raphé, qui comme une drogue, bloque le fonctionnement du lobe frontal empêchant toute compréhension et bloquant les capacités cognitives qui sont pourtant présentes.

L'orthophoniste connaît l'importance de la stimulation par la rééducation pour remettre en route des circuits neuronaux endommagés lors d'accidents vasculaires. Dans le cas de l'enfant autiste, les circuits sont intacts mais ils doivent être "mis en route", il semble encore plus important d'intervenir vite.

RÔLE DE L'ORTHOPHONISTE

Il me semble donc essentiel que l'orthophoniste puisse être impliqué très tôt dans le développement de la communication chez l'enfant autiste.

L'orthophoniste est le spécialiste de la communication avec les enfants difficiles ou en difficulté. Il est le spécialiste du développement du langage de l'enfant en général. Il en a étudié les dysfonctionnements et a appris à y remédier. Il a à sa disposition de nombreux outils d'évaluation et plusieurs méthodes d'apprentissage en fonction des difficultés sensorielles ou cognitives, il sait corriger l'articulation et mettre en place la structure syntaxique, son intervention est prépondérante. Mais pour cela il est important qu'il connaisse le mode de "fonctionnement" de ce trouble si particulier.

Il utilise peut-être déjà dans ses prises en charge la Thérapie d'Echange et de Développement (T.E.D). Cette technique, décrite dans le livre de C. Barthélémy, L. Hameury et G. Lelord*, est basée sur l'établissement d'une relation duelle, établie dans le calme, pour apprendre à l'enfant à utiliser ses compétences et progresser à son rythme en s'appuyant toujours sur son niveau réel de développement.

* 1995

La priorité est donc de bien définir la nature des difficultés de l'enfant afin d'utiliser ses points forts pour développer ses capacités d'apprentissage.

Et là aussi nous sommes exactement dans le domaine des compétences de l'orthophoniste qui a à sa disposition des outils d'évaluation de la compréhension et de l'expression :

Test sans langage de Mme Borel-Maisonny, Chevrie-Muller, O52-Khomsky, L'E.CO.SSE, etc. Et des tests plus spécialisés : l'échelle de Vineland (niveau de développement de la communication, de l'autonomie, de la socialisation et de la motricité) ou le P.E.P. de Eric Schopler (niveau de développement de : l'imitation, la perception, la socialisation, la motricité fine, la motricité globale, la coordination œil-main, la cognition et la cognition verbale).

Avec tous ces éléments, il est possible de définir très précisément la meilleure façon d'agir avec l'aide des parents, d'utiliser ce que peut faire l'enfant, ce qui l'intéresse, ce qui est susceptible de le motiver et même se servir de ses "bizarreries" pour attirer son attention et le faire progresser dans ses acquisitions.

Les méthodes de prise en charge sont diverses :

La L.S.F. (Langue des Signes) permet de communiquer simplement et rapidement si l'enfant n'a pas de trop grandes difficultés de motricité ou d'imitation, mais actuellement les méthodes visuelles d'éducatrices structurées T.E.A.C.H Program (Treatment and Education of Autistic and Communication handicaped Children), P.E.C.S. (Picture Exchange Communication System), permettent la mise en place de "cahiers de communication" : objets, photos, ou images échangés donnent à l'enfant la possibilité d'exprimer ses besoins et ses demandes, le plus simplement du monde, **par l'échange**. La méthode P.E.C.S. associée à des pictogrammes permet d'aborder plus directement la construction syntaxique de la phrase. Elle est bien adaptée à la situation duelle de la rééducation orthophonique.

Ces méthodes, élaborées à des fins éducatives, existent et sont utilisées avec des résultats satisfaisants, aux U.S.A., en Belgique, en Italie, en Espagne, au Canada, en Hollande... et ne sont pas encore assez utilisées en France.

PRÉSENTATIONS DE 2 CAS

Les deux exemples d'évolution présentés ici illustrent ce que nous sommes de plus en plus nombreux à ressentir et permettent d'évaluer le travail qu'il est possible de faire avec l'enfant autiste en cabinet libéral avec la participation active de la famille. (Les prénoms ont été modifiés)

ANTOINE

Cet enfant a été adressé à l'orthophoniste à l'âge de 2 ans et 11 mois.

Une cardiopathie a nécessité dans les premiers mois de sa vie une opération importante. Le retard de développement du langage a d'abord été considéré comme une conséquence de cette hospitalisation, mais les bizarreries du comportement ont conduit les médecins à envisager l'autisme.

Ce diagnostic a été confirmé par une neuropsychologue spécialiste de cette pathologie lors d'un bilan demandé par le médecin pédiatre.

Tous deux préconisent une prise en charge orthophonique précoce.

Evaluation : Age réel 2 ans 11 mois

| | | |
|-----------------|-----------------|------------------------------|
| <u>CARS</u> | | 38,5 (limite autisme sévère) |
| <u>Vineland</u> | Communication : | 1 an 7 mois |
| | Autonomie : | 1 an 9 mois |
| | Socialisation : | 1 an 1 mois |
| | Motricité : | 2 ans |

Comportement :

- Il marche en tous sens dans la pièce sur la pointe des pieds en hurlant.
- Il ne me regarde à aucun moment.
- Il refuse de toucher les jouets, n'accepte pas de s'asseoir.
- Il semble ne rien voir dans la pièce et tape ses deux mains au-dessus de sa tête.
- Ce mouvement régulier calme les hurlements qui font place à des sons informes que le papa traduit : "ballon, football, télé, darty,..."

A la maison : nombreuses stéréotypies, aucun jeu spontané, il court vers la télé dès qu'il entend les "jingles" de la publicité, et essaie de chanter. Il jargonne beaucoup et ébauche quelques mots en écholalie. Il est assez passif, se laisse habiller, et promener sans réaction particulière, la propreté n'est pas acquise. Il ne semble pas comprendre ce qu'on lui dit, excepté une dizaine d'ordres courants. Il ne mâche pas volontiers et son alimentation est difficile, mais il adore certains bonbons.

Il est fasciné par les lumières et les miroirs.

A la garderie : il ne communique pas et évite soigneusement les autres enfants, il déambule en tapant ses mains, il ne touche rien et ne joue pas.

Les objectifs de l'éducation seront de se servir de sa tendance à l'écholalie pour modifier son jargon en un langage plus utile à la communication et de favoriser l'éveil des possibilités cognitives en lui apprenant à jouer. La technique éducative employée sera la T.E.D., thérapie d'échange et de développement, associée aux techniques du T.E.A.C.H.

PROGRAM pour l'apprentissage de l'autonomie.

Le but des parents est l'entrée en petite section de maternelle à trois ans et un maintien à l'école avec un contrat d'intégration.

Les séances orthophoniques seront régulières, basées sur les intérêts de l'enfant.

Dès les premières séances, le miroir va favoriser l'échange avec moi et la prise de conscience de son corps. Nous dessinons sur le miroir puis sur le tableau, la tête, le ventre, les bras, etc., en répétant les noms correspondants. Quelques séances plus tard, nous rajoutons : la tête **d'**Antoine, la tête **de** papa, etc., nous passons ensuite doucement à des dessins d'animaux et d'objets divers pour arriver à regarder les objets puis leur représentation sur un imagier, en les désignant puis en les nommant, après, ... 5 mois de répétitions.

Pour apprendre à s'asseoir et effectuer un jeu, un tri ou un encastrement, le bonbon a été très utile. D'abord posé bien en vue sur la table près du jeu choisi : voiture, bulles, toupie, il attire vite le regard d'Antoine qui s'approche, vient s'asseoir, joue, l'avale et repart en me surveillant du coin de l'œil. Il revient dès qu'un autre bonbon réapparaît et j'allonge progressivement la durée et la difficulté de l'activité à réaliser.

Des progrès rapides sont constatés, l'enfant reproduit à la maison les séances et répète de mieux en mieux tous les mots en écholalie immédiate ou différée, les activités nouvelles sont acceptées grâce au bonbon et très vite acquises. Il s'approprie facilement les symboles visuels mis à sa disposition. Il apprécie de plus en plus les félicitations verbales et le bonbon perd un peu de son importance. Il reste assis plusieurs minutes et il est accepté à l'école à la rentrée scolaire, avec l'aide partielle d'une assistante maternelle. Les séances de rééducation se poursuivent à raison de trois par semaine à heures régulières. Elles comportent toujours environ 15 minutes d'éducation structurée en activité autonome si possible, 15 minutes de langage et de communication dans un jeu d'échange, et 10 minutes sur l'ordinateur.

Il a suivi en participant de mieux en mieux trois années de maternelle, en respectant son rythme plus lent : bébés, moyens- grands, grande section. L'année la plus difficile a été et elle est toujours, pour tous, la première année car la classe des bébés est bruyante et peu structurée. Les activités y sont courtes, et les bébés n'ont encore aucune habitude de travail, l'enfant autiste qui ne sait pas s'occuper et supporte mal le désordre et le bruit, s'agite et il perturbe facilement le déroulement de l'école. (Un grand merci aux institutrices qui les acceptent malgré tout !)

Antoine a été testé par le K-ABC, en fin de grande section et a été déclaré capable de passer en CP en respectant son fonctionnement particulier.

Actuellement :

Cet enfant a 8 ans, il est suivi 3 fois par semaine sur le plan orthophonique en éducation structurée depuis 5 ans et demi. Son cursus scolaire a été régulier. Il est dans une classe de CE1 avec un soutien en mathématiques, il a appris à lire l'année dernière (avec l'aide de l'orthophoniste et celle de l'ordinateur). Son langage est encore "particulier", il ne peut soutenir une conversation, mais il sait raconter une histoire lue et répondre à des questions précises.

Il se montre heureux de vivre, travaille sans rechigner. Il mémorise parfaitement les leçons et les poésies. Il est toujours très écholalique et nous avons dû mettre en place une "stratégie éducative" pour éviter qu'il ne récite en classe les dessins animés de la veille. Il adore être félicité, supporte mal d'être grondé.

Il fait des dictées de trois ou quatre phrases sans problèmes orthographiques mais avec une importante **dysgraphie** qui le rend souvent illisible. La motricité fine et la coordination sont encore très déficitaires.

La lenteur est également pour lui un handicap et nous avons travaillé la notion de finir sa tâche sans perdre de temps, en utilisant un sablier et une récompense : court travail en un temps donné.

Une fois la notion consolidée, pour la généralisation à l'école, le dessin du sablier posé sur le bureau devant lui pendant le temps de travail s'est avéré suffisant, il rend le dessin à l'institutrice lorsqu'il a terminé et peut aller au coin lecture.

Il a encore des stéréotypies motrices qu'il contrôle difficilement dans les moments d'émotion, battements des mains, jeu avec ses lèvres, et il marche toujours sur la pointe des pieds.

Mais il est bien accepté dans sa classe, il a des copains qui l'aident quand il est en difficulté. Il cherche à jouer avec eux et il est invité aux anniversaires.

Il a répondu en 98 à des tests de niveau psychologique traditionnels :

- Le retard est inférieur à un an au test du K-A.B.C.
- Il a échoué à la théorie de l'esprit, qui est en principe acquise à 4 ans.

Les tests orthophoniques pratiqués à la fin du CP ont donné :

- Niveau de langage d'environ 5 ans au Chevrie-Muller avec un déficit plus marqué au niveau narratif.
- Niveau de lecture "Claire et Bruno" : catégorie V (lecteur moyen)
- Compréhension de lecture L.M.C. : épreuves réussies pour les phrases courtes et simples.

Les difficultés apparaissent avec l'emploi des prépositions, de la forme passive, et des pronoms relatifs, notions qu'il maîtrise encore mal.

GUILLAUME

Il est arrivé récemment à mon cabinet, à l'âge de 5 ans et 8 mois. La stimulation n'a pas été précoce, il a été vu en hôpital de jour pendant un peu plus de 2 ans et demi.

C'est un bel enfant grand pour son âge, blond au yeux bleus mais au regard absent, il vocalise de façon monotone ou pousse des petits cris modulés mais inarticulés. Il suit sa maman passivement, se laisse déshabiller sans broncher, il n'exprime rien, me regarde furtivement à 2 reprises.

Comportement :

- Il déambule dans la pièce sans me regarder ni toucher aucun jouet à sa disposition.
- Il émet des sons mélodieux puis des cris inarticulés.
- Il se roule par terre, mord violemment un anneau en plastique qui ne le quitte pas.
- Se met soudain à hurler parce qu'il vient de faire pipi dans sa couche, se précipite sur sa mère et la pince très fort en criant lorsqu'elle veut l'entraîner au W.C.
- Il regarde furtivement les objets que je lui montre mais ne manifeste aucun intérêt.
- Je veux l'aider à enfiler une grosse perle sur une tige rigide et il me mord.
- Il s'assoit alors par terre, s'absorbe dans la contemplation de son anneau, se balance et nous oublie !

A la maison : La famille signale des crises violentes au cours desquelles il mord tous ceux qui se trouvent près de lui, un regard de plus en plus absent et dernièrement il refuse de descendre de la voiture devant l'hôpital.

Il n'a aucun langage alors qu'il a répété quelques mots à l'âge de 2 ans et demi (lapin, maman, au revoir, veux poisson, allô, mimine...), il aimait alors regarder une cassette à la télé.

Il comprend : "viens ! à table ! va là-bas ! assieds-toi !" mais ces ordres sont toujours accompagnés d'un geste indicateur.

Il utilise les nombreux jouets qu'il a dans sa chambre de façon plus ou moins adaptée, mais toujours seul : il saute sur le trampoline, escalade le toboggan, frappe la balle du pied, tape sur le piano et gratte la guitare.

Il n'aime pas le bruit qui l'énerve, il porte tout à la bouche, ne communique pas, pourtant il est parfois câlin. Le sommeil est perturbé, il mange de tout, ne manifeste aucun désir particulier. Il n'est pas propre mais semble depuis peu se toucher vaguement le sexe avant de se mettre en colère et la maman constate qu'il fait souvent pipi dans sa couche à ce moment-là.

Il est gardé plusieurs après-midi par semaine par une dame qui fait les mêmes constatations, elle essaie de lui proposer des jeux éducatifs et l'emmène promener. Dans la rue il est content et "n'a pas de troubles du comportement".

La prise en charge est envisagée après un P.E.P. qui donne un niveau de développement global de 8 mois. Nous essayerons de mettre en place les méthodes du T.E.A.C.H. PROGRAM. Il viendra 2 fois par semaine et l'objectif sera de capter son attention, de le faire tenir assis pendant 5 minutes, de le faire participer à ce moment-là à une activité simple : laisser tomber des cubes dans une boîte ou taper sur un xylophone par exemple, le féliciter abondamment et lui donner une chips en récompense.

Le but est de l'intéresser progressivement à des activités plus élaborées en améliorant ses capacités d'attention. Un rouleau de papier hygiénique lui sera proposé chaque fois qu'il s'énervera en touchant son sexe, et il sera conduit aux toilettes systématiquement.

Après 1 mois d'exercices la maman a pu supprimer la couche et la propreté est acquise de façon de plus en plus assurée. Les accidents sont rares.

Après 2 mois d'éducation structurée, il parvenait à rester 20 minutes assis et réalisait environ quatre activités simples. Mais il se mordait beaucoup et nous avions du mal à comprendre s'il avait des besoins.

J'ai décidé alors sur les conseils d'une amie de mettre en place la méthode P.E.C.S. qu'elle utilise au Canada.

Actuellement :

En trois mois Guillaume, qui au début semblait ne pas regarder, a changé de comportement : son regard est différent, **il est présent**, il regarde ce que je touche, il observe tout ce que nous faisons et participe avec un petit sourire. Il sait comment il peut agir sur nous qui l'entourons.

Il a compris qu'il peut obtenir l'objet s'il le désire : il lui suffit de se diriger vers son cahier de communication. Il soulève la couverture, prend l'image et me l'apporte pour avoir l'objet. Lorsque je lui reprends son jouet il ne crie pas mais se lève tranquillement, pour reprendre l'image correspondante et me la tendre de nouveau pour le récupérer. Il lui est même arrivé de me mettre le pictogramme de force dans la main pour reprendre son ballon car je faisais semblant de ne pas le voir près de moi. A la maison il demande à boire avec l'image du verre, et 3 fois il a pris l'image des toilettes pour demander à faire pipi. Il ne se trompe pas de pictogramme s'il veut le ballon ou le chocolat qu'il préfère, mais hésite encore un peu entre les images quand l'envie est moins forte.

Ces premiers résultats en 5 mois sembleront peut-être encore bien minces, mais en réalité ils sont énormes, tellement encourageants en si peu de temps, car un système de pensée est en train de s'organiser.

Je ne peux m'empêcher de faire un parallèle entre ces deux enfants car en regardant aujourd'hui le deuxième, je revois le premier 5 ans en arrière.

Il est certain que ce dernier cas souligne l'importance de mettre très vite en place un mode de communication le plus visuel possible pour que l'enfant puisse apprendre à agir sur le monde qui l'entoure qu'il ne parvient pas à comprendre car il n'a pas de mode d'emploi.

BIBLIOGRAPHIE

- ARTUSO D. (1987). *L'aide au très jeune enfant autistique à la maison*. EDI Formation
- BARTHELEMY C., HAMEURY L., LELORD G. (1995). *L'Autisme de l'enfant*. Paris : E S F
- FROST L., BONDY A. (1995). PECS Training Manual. Pyramid Educational Consultants UK Ltd.
- GRANDIN T. (1994). *Ma vie d'Autiste*. Paris : Odile Jacob
- GRANDIN T. (1996). *Penser en images*. Paris : Odile Jacob
- GERLAND G. (1999). *Una persona vera*. Phoenix Editrice
- KANNER L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child* 2,217-250
- LAXER G., RITVO E. (1985). *Autisme la vérité refusée*. Paris : Grasset
- LELORD F. (1993). *Les contes d'un psychiatre ordinaire*. Paris : Odile Jacob
- LELORD G., SAUVAGE D. (1990). *L'Autisme de l'enfant*. Paris : Masson
- MILCENT C. (1991). *L'Autisme au quotidien*. Paris : Odile Jacob
- PEETERS T. (1988). *Autisme, la forteresse éclatée*. Pro Aid
- PEETERS T. (1990). *Autisme de l'adolescence à l'âge adulte*. EDI Formation
- SACKS O. (1996). *L'homme qui prenait sa femme pour un chapeau*. Livre de poche
- SACKS O. (1996). *Un anthropologue sur Mars*. Paris : Seuil
- SAUVAGE D. (1992). *L'Autisme du nourrisson et du jeune enfant*. Paris : Masson
- SCHOPLER E. (1988). *Stratégies éducatives de l'Autisme*. Paris : Masson
- SCHOPLER E. (1993). *Activités d'enseignement pour enfants autistes*. Paris : Masson
- Textes Fondamentaux en Autisme. (Novembre 97) Revue ANAE. Numéro hors série

TESTS UTILISÉS

- P.E.P.- R (Profil Psycho. Educatif) . SCHOPLER Eric. Bruxelles : De Boeck
- C.A.R.S. (Echelle d'évaluation de l'Autisme Infantile) SCHOPLER Eric. **E.A.P.**
- VINELAND Echelle d'évaluation du comportement adaptatif. Sparrow, Balla, Chicchetti
Utilisée dans la plupart des recherches d'évaluation de l'autisme. (En cours d'étalonnage)
- Epreuves pour l'examen du langage. CHEVRIE MULLER (1981). **ECPA**
- Test de l'efficacité de la lecture au C.P. "Claire et Bruno" . **ECPA**
- L.M.C . (Lecture de mots et compréhension). **ECPA**
- L'E.CO.S.SE (Epreuve de compréhension syntaxico- sémantique) Presses Universitaires Septentrion
- O- 52 (Epreuve d'évaluation des stratégies de compréhension en situation orale) KHOMSI. **ECPA**
- K-ABC Test de niveau de développement . **ECPA** (Psycho)