

Cet article est disponible en ligne à l'adresse :

http://www.cairn.info/article.php?ID_REVUE=ENF&ID_NUMPUBLIE=ENF_541&ID_ARTICLE=ENF_541_0031

Intervention précoce et qualité de vie de la famille dans le cas d'autisme

par Ghislain MAGEROTTE

| Presses Universitaires de France | Enfance

2002/1 - Volume 54

ISSN 0013-7345 | ISBN 2130526756 | pages 31 à 39

Pour citer cet article :

– Magerotte G. Intervention précoce et qualité de vie de la famille dans le cas d'autisme, *Enfance* 2002/1, Volume 54, p. 31-39.

Distribution électronique Cairn pour Presses Universitaires de France .

© Presses Universitaires de France . 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.

Intervention précoce et qualité de vie de la famille dans le cas d'autisme

Ghislain Magerotte*

RÉSUMÉ

Vu le caractère envahissant de l'autisme, l'intervention précoce pose des défis aux praticiens et aux chercheurs préoccupés de la qualité de vie des familles. Si elles favorisent le développement de l'enfant, les stratégies valides nécessitent d'intégrer la dimension familiale. Ce qui implique que le chercheur lui aussi doit faire face à la complexité quant au choix des échantillons, à la définition des programmes appliqués, aux instruments d'évaluation utilisés ainsi qu'aux théories explicatives.

Mots clés : Autisme, Intervention précoce, Développement, Qualité de vie de la famille.

SUMMARY

Early intervention for children with autism and quality of life of the family

Taking into account the pervasive dimension of autism, the early intervention challenges the professionals and researchers concerned with the quality of life of the family. The validated strategies improve the development of the child and have to integrate the family aspects. The researcher also has to cope with the complexity regarding the samples, the definition of the programs, the assessment instruments and the theories.

Key words : Autism, Early Intervention, Development, Family Quality of life.

Des progrès ont été réalisés ces dernières années dans les recherches et dans les pratiques biomédicales, psychologiques, éducatives et sociales (Philippek *et al.*, 1999 ; American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1999). C'est le cas de l'intervention précoce. Ainsi, en 1987, Lovaas a constaté que 9 enfants sur les 19 du groupe expérimental suivaient ultérieurement

* Professeur, Université de Mons-Hainaut (Belgique), département d'orthopédagogie, directeur du Service universitaire spécialisé pour personnes avec autisme (SUSA).

ment une scolarité normale et qu'il n'était plus fait référence à l'autisme – alors que les enfants des deux groupes contrôles bénéficiant d'une intervention moins intensive (dix heures par semaine ou moins) faisaient moins de progrès, et qu'un seul sur les 40 présentait un fonctionnement normal et fréquentait une classe ordinaire. Il mettait l'accent sur l'intensité de l'intervention en famille (40 h/semaine pour le groupe expérimental pendant une période de deux à trois ans) et la stratégie des « essais discrets » (*discrete trials*). Le *follow-up* de 1993 confirme les résultats obtenus. À un âge moyen de 11 ans 5 mois, le groupe expérimental a maintenu ses gains et huit enfants sur les neuf ayant fait des progrès significatifs ne différaient pas des enfants moyens, tant sur le plan intellectuel que du comportement adaptatif (McEachin *et al.*, 1993).

Les travaux de Lovaas ont fait l'objet de critiques, notamment en rapport avec la constitution des groupes et les diagnostics posés, les instruments utilisés et la généralisation des progrès des enfants (Baer, 1993 ; Foss, 1993 ; Kazdin, 1993 ; Mesibov, 1993 ; Mundy, 1993 ; Schopler, 1987 ; Smith *et al.*, 1993). D'autres recherches ont été réalisées, tant sur le modèle de Lovaas (voir Smith *et al.*, 2000) que sur d'autres approches comme celle de TEACCH (Ozonoff et Cathcart, 1998). Analysant les résultats de huit programmes appliqués à environ 150 enfants, Dawson et Osterling (1997) concluent que « bien qu'ayant de l'autisme et un retard cognitif important, la moitié environ des enfants réagissaient très positivement à l'intervention précoce, et que tous, ou au moins la plupart faisaient des gains significatifs » (p. 314).

Une récente analyse de trois programmes américains (McGee *et al.*, 1999 ; Greenspan et Wieder, 1999 ; Koegel, 1999 *a* et 1999 *b*) confirme ces résultats et propose d'identifier les éléments des programmes qui sont efficaces pour chaque enfant et chaque famille.

Enfin, Smith *et al.* (2000) rapportent les résultats d'une intervention basée sur les essais discrets de Lovaas, sur 28 enfants répartis au hasard en deux groupes : ils sont suivis soit par des professionnels, soit par des parents ayant reçu une formation allant de trois à neuf mois. Le groupe suivi par les professionnels a fait davantage de progrès sur le plan intellectuel, visuo-spatial, langage et scolaire – mais pas sur le plan du comportement adaptatif ou des problèmes de comportement. De plus, les enfants ayant des troubles envahissants du développement non autrement spécifiés (PDD-NOS) semblent faire davantage de progrès que les enfants ayant de l'autisme. Si cette étude rencontre certaines préoccupations évoquées suite à la recherche de Lovaas (1987), l'intensité de l'intervention, par contre, était moindre (25 heures) et réduite encore les deux années suivantes.

Si ces travaux traduisent les progrès importants en intervention précoce, ils relèvent aussi les prochains défis qui s'imposeront aux chercheurs et aux praticiens. Aussi, si la recherche a indiqué que l'intervention doit être intensive, impliquer tous les partenaires, et les parents en premier lieu, dans la perspective de généralisation, individualiser les programmes d'intervention,

en fonction des caractéristiques de enfants et des familles (Dawson et Osterling, 1997 ; Magerotte, 2001), nous présenterons les stratégies les plus valides ainsi que les questions que l'intervention précoce pose aux chercheurs et aux praticiens concernés par la qualité de la vie des familles.

1 / QUELLES SONT LES STRATÉGIES

D'INTERVENTION PRÉCOCE LES PLUS VALIDÉES,
TANT POUR LES PRATICIENS QUE POUR LES FAMILLES ?

Tout d'abord, le programme TEACCH met l'accent sur la structuration visuelle des espaces, du temps (horaire), de la façon de travailler et de la tâche (Schopler, 1997 ; Lord *et al.*, 1993 ; Magerotte, 1998, 2001 ; Rogé et Arti-Vartayan, 1998). Si la structure est utilisée dans le cadre scolaire et des services, elle l'est moins dans le cadre familial. La question se pose, dès lors, aux praticiens et aux familles : comment « structurer » le milieu et la vie de la famille d'une façon aussi « naturelle » que possible et pour que l'enfant et sa famille en tirent profit ?

Ensuite, la stratégie des essais discrets de Lovaas favorise le développement de l'enfant pas à pas, dans un environnement qui conduit au succès. En effet, cette stratégie donne aux parents le sentiment de succès – rapidement, alors qu'ils ont été quasiment tout le temps confrontés à l'échec. Les progrès se font par petites étapes et redonnent aux parents le courage d'éduquer leur enfant.

Cette stratégie consiste à enseigner à l'enfant une compétence à la fois jusqu'à la maîtrise, dans le cadre d'une séance de travail « concentrée », à lui proposer des incitations si nécessaire, à les estomper, enfin à utiliser des procédures de renforcement (Lovaas *et al.*, 1981 ; Leaf et McEachin, 1999).

Elle ne pourrait pallier les difficultés de généralisation hors de la situation 1:1. Dès lors, d'une part, le General Case Programming (Horner, Sprague et Wilcox, 1982 ; Haelewyck, Montreuil et Magerotte, 1996 ; Montreuil et Magerotte, 1995) devrait permettre d'enseigner à l'enfant des compétences « générales » dans des environnements « généraux ». Les enfants avec de l'autisme ont une trop grande discrimination des détails et de la difficulté à tenir compte de l'ensemble des stimuli et des seuls stimuli importants (sursélectivité). S'approcher de sa maman ou lui demander un jeu, quels que soient les vêtements qu'elle porte, ou manger son potage dans un récipient qui peut être une assiette ou un bol, de forme ou de couleur différentes, sont des compétences générales qui donneront de l'autonomie à l'enfant et lui permettront de s'adapter aux multiples changements de sa vie. De même, si les habitudes le matin lors du lever diffèrent selon les jours ou les personnes présentes, l'enfant devra apprendre à se lever, quel que soit le contexte.

D'autre part, l'enseignement incident (*incidental teaching*) ou l'enseignement dans le milieu (*milieu teaching*) fournit un cadre de travail favo-

nable, à la fois pour favoriser la généralisation des acquis, en même temps que le développement de l'initiative adaptée de l'enfant en réaction à son milieu « naturel ». Il consiste en une démarche d'éducation assurée dans des environnements « naturels » et qui nécessite d'organiser cet environnement pour attirer l'enfant vers les jeux ou activités désirés. En présence de certains stimuli – parfois difficilement identifiés par les parents – l'enfant « démarre » un apprentissage incident par un geste ou une demande d'un objet ou d'une activité, et l'intervenant l'aide à élaborer son initiative. Finalement, l'enfant a accès aux jeux ou activités souhaités s'il produit une réponse de meilleure qualité (Cavallaro, 1983 ; McGee, Morrier et Daly, 1999 ; Haelewyck, Magerotte et Montreuil, 1992). Il s'agit d'une démarche particulièrement indiquée pour les comportements de jeu, car elle met l'accent sur l'initiative de l'enfant et l'adaptation de l'intervention aux progrès de l'enfant et aux contraintes de temps et de disponibilité de l'intervenant.

Cette stratégie se rapproche de la méthodologie des « routines », indispensable dans de nombreux comportements de la vie quotidienne. La routine est constituée de compétences reliées les unes aux autres, commençant par un indice naturel, se terminant par un effet critique, naturel lui aussi, et comprenant notamment des apprentissages de communication lors des étapes où ils interviennent « naturellement » (Neel et Billingsley, 1989). Ainsi, une routine consiste à descendre de l'autobus et à se rendre dans sa classe, ou à préparer la table pour le repas. L'intervenant diminue son aide progressivement pour chacune des compétences constituant la « routine », en passant de l'aide physique complète à l'aide physique partielle, puis avec des gestes, pour finalement supprimer toute incitation, afin que l'enfant émette la chaîne des comportements en la seule présence des indices naturels.

Cette approche convient particulièrement au milieu familial, car les familles ont un certain nombre de « routines » auxquelles l'enfant doit être formé. Il faudra évidemment veiller à ce que ces routines puissent subir des variations, sans doute difficiles à vivre pour l'enfant, vu sa résistance au changement.

Enfin, les stratégies de « Positive Behavior Support », dans le cadre des troubles du comportement, font également l'objet d'une démarche respectueuse des personnes et de l'environnement familial (Carr *et al.*, 1999 ; Luiselli et Cameron, 1999 ; Magerotte et Willaye, 2000 ; Magerotte, *et al.* 1994). Elles considèrent que ces troubles ont valeur de communication : ils « nous disent » ce que l'enfant veut obtenir ou éviter. L'analyse fonctionnelle les décode, pour ensuite modifier l'environnement antécédent et/ou enseigner les compétences alternatives « positives » qui seront plus efficaces que les comportements-problèmes.

Si les stratégies présentées visent à favoriser l'autonomie de l'enfant et améliorer la qualité de la vie des personnes et des familles (Turnbull et Turnbull, 1999), l'intervention précoce en autisme pose des défis majeurs à ceux que la recherche préoccupe et qui sont concernés par la qualité de vie du milieu familial du très jeune enfant.

2 / QUELS DÉFIS L'INTERVENTION PRÉCOCE

POSE-T-ELLE AUX CHERCHEURS – ET AUX PRATICIENS CHERCHEURS
SOUCIEUX D'ÉVALUER LEURS INTERVENTIONS –
POUR AMÉLIORER LA QUALITÉ DE VIE DE LA FAMILLE ?

Évoquant la première génération des recherches, indiquant que les programmes d'intervention précoce étaient efficaces et faisables, mais ne répondaient pas à toutes les questions, Guralnick (1997) proposait d'entreprendre des recherches de la deuxième génération qui devraient mieux prendre en compte la complexité des relations entre l'enfant, sa famille, le programme et les résultats.

Nous évoquerons ci-dessous quelques questions qui se posent aux chercheurs.

a) « Choix » des échantillons. — Il s'agit d'un choix « cornélien », si l'on veut tenir compte des conditions pratiques (investissements financier, éducatif et social des familles, mobilisation des intervenants à domicile pendant de longs moments notamment). La recherche fondamentale exige le choix de l'échantillon en double aveugle. On procède alors souvent à une répartition au hasard, ou selon l'ordre d'inscription.

Mais comment procéder quand on veut évaluer scientifiquement l'intervention précoce en autisme, impliquant essentiellement la famille ? Comment constituer les groupes au hasard afin d'obtenir leur équivalence et en fonction de quels critères : le niveau de développement, le degré d'autisme (mais avec quels instruments, tenant compte en particulier des difficultés de l'examen des très jeunes enfants avec de l'autisme) et les critères sociaux (revenus, composition de la famille) et familiaux (style de vie, styles éducatifs, qualité de vie) ? Les parents doivent savoir en quoi consiste l'intervention que l'on entreprend avec leur enfant – ils l'apprendront de toute façon – et ils doivent être concernés, puisqu'ils sont « envahis » par l'enfant et le traitement « intensif ». De plus, ils ne s'engagent pas pour quelques séances ou pour un mois, mais pour plusieurs mois, voire deux à trois années. Et le coût de ces nouveaux services – non seulement en termes financiers, mais aussi en termes de temps et d'engagement des familles – est déterminant.

Citons simplement la conclusion de Baer (1993, p. 35), pour qui « la constitution des groupes quasi au hasard est aussi convaincante que la répartition au hasard ».

Enfin, on pourrait également envisager de constituer des sous-groupes éventuels (en fonction de l'intensité de l'autisme, du retard intellectuel, des types de Wing) – réalisable peut-être par une analyse après coup des données. On retiendra les résultats de Smith (2000), plus favorables aux enfants présentant des troubles envahissants du développement non autrement spécifiés (PDD-NOS) qu'aux enfants ayant de l'autisme.

b) Les programmes d'intervention. — On peut comparer le programme expérimental avec le programme appliqué aux enfants tout venant (mais quel est-il ?). Comment s'assurer que le programme utilise d'une façon individualisée les stratégies déjà évoquées, selon un timing adapté à l'enfant et la famille ?

Il serait important d'y intégrer dans les curriculums de Lovaas *et al.* (1983), Maurice *et al.* (1996) et de Leaf et McEachin (1999), la perspective développementale (voir Handleman et Harris, 2001 ; Greenspan et Wieder, 1999), les compétences générales et les comportements-pivots (Koegel, Koegel, Harrower et Carter, 1999 ; Koegel, Koegel, Shoshan et McNerney, 1999).

Se pose la question de la formation du personnel (non seulement des professionnels, mais aussi des étudiants, vu l'importance du budget requis) et des parents, ainsi que de la fidélité d'application par l'emploi d'outils pour s'assurer que le programme est correctement appliqué.

c) La méthodologie d'évaluation exige d'élargir l'éventail des outils (évaluant le QI, comportement adaptatif, etc.) et d'utiliser des instruments plus sensibles aux contextes et évaluant, par exemple, l'attention conjointe, l'intention de communication, le jeu symbolique, l'imitation. On peut aussi évaluer le « temps d'engagement » de l'enfant, c'est-à-dire le temps durant lequel il apprend : le temps de travail individuel intervenant-enfant et le temps passé à apprendre dans la vie quotidienne et durant les activités, organisées ou non (Dunlap, 1999).

L'évaluation tiendra compte des dimensions familiales que sont les ressources économiques, le stress, les réseaux de soutien, la qualité de vie, mais pour lesquelles les outils sont rares (Beach Center, 2000).

On recourra également à l'intervention d'experts extérieurs au projet – surtout dans le cas de comparaison de plusieurs types d'intervention.

Si on peut envisager l'étude de groupes, il ne faut pas rejeter les stratégies à cas unique, $N = 1$, et les stratégies de recherche qualitative (avec participation des familles elles-mêmes).

d) Interprétation en termes de théories. — Si l'autisme est défini en référence à la triade de l'autisme, se font jour des travaux s'inscrivant dans une perspective développementale et différentielle de l'autisme (Greenspan et Wieder, 1999 ; Rogers, 2001 ; Sigman et Capps, 1997 ; Wetherby et Prizant, 2000).

Pour terminer, nous nous référons à un texte de Donnellan (1999), dans lequel elle évoque l'humilité qui devrait caractériser les chercheurs dans ce domaine, liée à notre absence de savoir et aux contraintes qui sont les nôtres actuellement, et note que « l'objectivité n'est pas absolue, mais nécessite de regarder la situation de tous les points de vue possible... ». Nous espérons ainsi avoir apporté notre contribution à l'amélioration du soutien au développement des enfants avec autisme et de la qualité de vie des familles.

Ce texte est une version remaniée et complétée de la communication présentée lors du Séminaire scientifique organisé par l'Association pour la recherche sur l'autisme et la prévention des inadaptations (Tours, 23-24 mars 2001). Un résumé est paru dans le *Bulletin scientifique de l'ARAPI*, 2001, n° 7, 39-42.

BIBLIOGRAPHIE

- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (1999). Practice parameters for the assessment and treatment of children, adolescents and adults with autism and other pervasive developmental disorders. *J. Am. Acad. Child and Adolesc. Psychiatry*, 38, Supplement, 32S-54S.
- Andren, S. R., & Romanczyck, R. (1999). Early intervention for young children with autism : Continuum-based behavioral models. *The Journal of the Association for Persons with Severe Handicaps*, 24, 162-173.
- Baer, D. M. (1993). Quasi-random assignment can be as convincing as random assignment. *American Journal on Mental Retardation*, 97 (4), 373-375.
- Beach Center on Families and Disabilities (2000). Family Quality of Life Survey. Version 2 (Family members of children with disability). Lawrence, Kansas : Beach Center.
- Carr, E. G., Horner, R. H., & Turnbull, A. P. et coll. (1999). *Positive Behavior Support for People with developmental disabilities*. Washington DC : American Association on Mental Retardation.
- Cavallaro, C. (1983). Language intervention in natural settings. *Teaching Exceptional Children*, 16 (1), 65-70.
- Cohen, D. J. & Volkmar, F. R. (Eds) (1997). *Handbook of autism and pervasive developmental disorders*. New York : Wiley.
- Dawson, G. & Osterling, J. (1997). Early intervention in autism. In M. J. Guralnick (Ed.), *The effectiveness of early intervention* (pp. 307-326). Baltimore, Maryland : Paul H. Brookes.
- Donnellan, A. M. (1999). Invented knowledge and autism : Highlighting our strengths and expanding the conversation. *The Journal of the Association for Persons with Severe Handicaps*, 24, 230-236.
- Dunlap, G. (1999). Consensus, engagement and family involvement for young children with autism. *The Journal of the Association for Persons with Severe Handicaps*, 24, 222-225.
- Filipek, P. A., Accardo, P. J., Baranek, G. T., Cook Jr, E. H., Dawson, G., Gordon, B., Gravel, J. S., Johnson, C. P., Dallen, R. J., Levy, S. E., Minshew, N. J., Prizant, B. M., Rapin, I., Rogers, S. J., Stone, W. L., Teplin, S., Tuchman, R. F. & Volkmar, F. R. (1999). The screening and diagnosis of autistic spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 29, 439-484.
- Fox, R. M. (1993). Rapid effects awaiting independent replication. *American Journal on Mental Retardation*, 97 (4), 375-377.
- Greenspan, S. I. & Wieder, S. (1999). A functional developmental approach to autism spectrum disorders. *The Journal of the Association for Persons with Severe Handicaps*, 24, 147-161.
- Guralnick, M. J. (1997). *The effectiveness of early intervention*. Baltimore : Paul H. Brookes.
- Haelewyck, M-C., Montreuil, N. & Magerotte, G. (1996). Individualisation, généralisation et réseaux sociaux : trois composantes clés d'une éducation adaptée aux besoins éducatifs des élèves ayant un handicap mental et/ou des troubles envahissants du développement (autisme). In C. Lepot-Froment (Éd.), *Éducation spécialisée : recherches et pistes d'action* (pp. 129-152). Paris et Bruxelles : De Boeck & Larcier.
- Haelewyck, M-C., Magerotte, G. & Montreuil, N. (1992). Une méthode d'apprentissage facilitant la généralisation : « Le milieu teaching ». In P. Korpès, G. Magerotte et R. Salbreux (Eds), *État de la recherche en déficience mentale* (pp. 459-470). s.l. : AIRHM.

- Handleman, J. S. & Harris, S. L. (2001). *Preschool education programs for children with autism*. (Second edition). Austin, Texas : Pro-Éd.
- Horner, R. H., Sprague, J., et Wilcox, B. (1982). General case programming (61-98). In B. Wilcox, & G. T. Bellamy, *Design of high school programs for severely handicapped students*. Baltimore : Brookes.
- Kazdin, A. E. (1993). Replication and extension of behavioral treatment for autistic disorder. *American Journal on Mental Retardation*, 97, 377-379.
- Koegel, L. K., Koegel, R. M., Harrower, J. K., & Carter, C. M. (1999). Pivotal response intervention I : Overview of approach. *The Journal of the Association for Persons with Severe Handicaps*, 24, 174-185.
- Koegel, L. K., Koegel, R. L., Shoshan, Y., & McNERNEY, E. (1999). Pivotal response intervention II : Preliminary long-term outcome data. *The Journal of the Association for Persons with Severe Handicaps*, 24, 186-198.
- Lord, C., Bristol, M. M. & Schopler, E. (1993). Early intervention for children with autism and related developmental disorders. In E. Schopler, M. E. Van Bourgondien, & M. M. Bristol, *Preschool issues in autism* (pp. 199-221). New York et Londres : Plenum Press.
- Lovaas, O. I., Ackerman, A. B., Alexander, D., Firestone, P., Perkins, J., & Young, D. (1981). *Teaching developmentally disabled children : The ME Book*. Austin, TX : Pro-Éd.
- Lovaas, O. I. (1987). Behavioral treatment and normal education and intellectual functioning in young autistic children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55 (1), 3-9.
- Luiselli, J. K., & Cameron, M. J. (1999). *Antecedent control. Innovative approaches to behavioral support*. Baltimore, Maryland : Paul H. Brookes.
- Magerotte, G. (1998). From the quality of services to the quality of life for persons with autism. *International Journal of Mental Health*, 29 (2), 60-77.
- Magerotte, G. (2001). Modalités de l'intervention précoce en autisme. *Le bulletin scientifique de l'ARAPI*, 7, 39-42.
- Magerotte, G., & Willaye, E. (2001). L'accompagnement éducatif personnalisé des personnes autistes. In J-A. Rondal, & A. Comblain, *Manuel de psychologie des handicapés. Sémiologie et principes de remédiation* (pp. 358-388). Liège : Mardaga.
- Magerotte, G., Houchard, V., & Deprez, M. (1995). Approche éducative des troubles du comportement : de l'analyse à l'intervention. In C. Philip (Éd.), *Éducautisme. Les connaissances actuelles sur l'autisme et leurs implications éducatives et pédagogiques* (pp. 47-60). Suresnes : Éditions du Centre national de Suresnes.
- Maurice, C., Green, G., & Luce, S. C. (Eds) (1996). *Behavioral intervention for young children with autism : A manual for parents and professionals*. Austin, TX : Pro-Éd.
- McEachin, J. J., Smith, T., & Lovaas, O. I. (1993). Long-term outcome for children with autism who received early intensive behavioral treatment. *American Journal on Mental Retardation*, 97 (4), 359-372.
- McGee, G. G., Morrier, M. J., & Daly T. (1999). An incidental teaching approach to early intervention for toddlers with autism. *The Journal of the Association for Persons with Severe Handicaps*, 24, 133-147.
- Mesibov, G. B. (1993). Treatment outcome is encouraging. *American Journal on Mental Retardation*, 97, 379-380.
- Montreuil, N., & Magerotte, G. (1995). Les difficultés liées à la généralisation des compétences. In S. Ionescu (Éd.), *La déficience intellectuelle. T. 2 : Pratique de l'intégration* (pp. 273-304). Paris : Nathan.
- Mundy, P. (1993). Normal versus high-functioning status in children with autism. *American Journal on Mental Retardation*, 91, 381-384.
- Neel, R. S., & Billingsley, F. F (1989). *IMPACT : A functional curriculum handbook*. Seattle, Washington : University of Washington.
- Ozonoff, S., & Cathcart, K. (1998). Effectiveness of a home program intervention for young children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 28, 25-32.

- Rogé, B. (1998). Évolution des prises en charge de l'autisme. L'intervention précoce. Introduction. *Psychologie française*, 43 (3), 205-208.
- Rogé, B., & Arti-Vartayan, E. (1998). TEACCH. Histoire et actualité d'un programme d'état en faveur des personnes autistes. *Psychologie française*, 43 (3), 257-272.
- Rogers, S. J., Hall, T., Osaki, D., Reaven J., & Herbison, J. (2001). The Denver model : A comprehensive, integrated educational approach to young children with autism and their family. In J. S. Handleman, & S. L. Harris (2001). *Preschool education programs for children with autism* (second edition) (pp. 95-134). Austin, Texas : Pro-Éd.
- Schopler, E. (1997). Implementation of TEACCH philosophy. In D. J. Cohen, & F. R. Volkmar (Eds) (1997). *Handbook of autism and pervasive developmental disorders* (767-795). New York : Wiley.
- Schopler, E., Short, A., & Mesibov, G. (1989). Relation of behavioral treatment to « normal functioning » : Comment on Lovaas. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57 (1), 162-164.
- Schopler, E., Van Bourgondien, M. E., & Bristol, M. M. (Eds) (1993). *Preschool issues in autism*. New York : Plenum Press.
- Sigman, M., & Capps, L. (1997). *Children with autism. A developmental perspective*. Cambridge, Mass. : Harvard University Press.
- Smith, T., McEachin, J. J., & Lovaas, O. I. (1993). Comments on replication and evaluation of outcome. *American Journal on Mental Retardation*, 97 (4), 385-391.
- Smith, T., Groen, A. D., & Wynn, J. W. (2000). Randomized trial for intensive early intervention for children with pervasive developmental disorders. *American Journal on Mental Retardation*, 105 (4), 269-285.
- Sparrow, S. S., Balla, D. A., & Chicchetti, D. V. (1984). *Vineland Adaptive Behavior Scale*. Circle Pines, Minnesota : American Guidance Service.
- Turnbull, A., & Turnbull, R. (1999). Comprehensive lifestyle support for adults with challenging behavior : From rhetoric to reality. *Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disabilities*, 34, 373-394.
- Wetherby, A. M., & Prizant B. M. (Eds) (2000). *Autism Spectrum Disorders. A transactional developmental perspective*. Baltimore, Maryland : Brookes.