

UNIVERSITE DE NANTES
UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE D'ODONTOLOGIE

Année 2019

N° 3579

La guidance parentale dans la promotion de la santé orale des enfants présentant un trouble du spectre autistique

THESE POUR LE DIPLÔME D'ETAT
DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement par :

Noémie SCHERER

Née le 01/06/1994

Le 04/12/2019 devant le jury ci-dessous

Président : Madame le Professeur Brigitte ALLIOT-LICHT

Assesseur : Madame le Docteur Sylvie DAJEAN-TRUTAUD

Assesseur : Monsieur le Docteur Tony PRUD'HOMME

Directeur de thèse : Madame le Docteur Serena LOPEZ-CAZAUX

UNIVERSITE DE NANTES	
<u>Président</u> Pr LABOUX Olivier	
 <small>UNIVERSITE DE NANTES</small>	
FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE	
<u>Doyen</u> Pr GIUMELLI Bernard	
<u>Assesseurs</u> Dr RENAUDIN Stéphane Pr SOUEIDAN Assem Pr WEISS Pierre	
 <small>Faculté de Chirurgie Dentaire Université de Nantes</small>	
PROFESSEURS DES UNIVERSITES PRATICIENS HOSPITALIERS DES C.S.E.R.D.	
Mme ALLIOT-LICHT Brigitte	M. LESCLOUS Philippe
M. AMDOURIQ Yves	Mme PEREZ Fabienne
M. BADRAN Zahi	M. SOUEIDAN Assem
M. GIUMELLI Bernard	M. WEISS Pierre
M. LE GUEHENNEC Laurent	
PROFESSEURS DES UNIVERSITES	
M. BOULER Jean-Michel	
MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES	
Mme VINATIER Claire	
PROFESSEURS EMERITES	
M. BOHNE Wolf	M. JEAN Alain
ENSEIGNANTS ASSOCIES	
M. GUIHARD Pierre (Professeur Associé)	Mme LOLAH Aoula (Assistant Associé)
MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES PRATICIENS HOSPITALIERS DES C.S.E.R.D.	ASSISTANTS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES DES C.S.E.R.D.
M. AMADOR DEL VALLE Gilles	M. ALLIOT Charles
Mme ARMENGOL Valérie	M. AUBEUX Davy
Mme BLERY Pauline	Mme BARON Charlotte
M. BODIC François	Mme BEURAIN-ASQUIER Mathilde
Mme CLOITRE Alexandra	M. BOUCHET Xavier
Mme DAJEAN-TRUTAUD Sylvie	Mme BRAY Estelle
M. DENIS Frédéric	M. FREUCHET Erwan
Mme ENKEL Bénédicte	M. GUIAS Charles
M. GAUDIN Alexis	M. HIBON Charles
M. HOORNAERT Alain	M. HUGUET Grégoire
Mme HOUCHMAND-CUNY Madeline	M. KERIBIN Pierre
Mme JORDANA Fabienne	Mme LEMOINE Sarah
M. KIMAKHE Saïd	M. NEMIROVSKY Hervé
M. LE BARS Pierre	M. OUVREARD Pierre
Mme LOPEZ-CAZAUX Serena	M. RETHORE Gildas
M. NIVET Marc-Henri	M. SARKISSIAN Louis-Emmanuel
M. PRUD'HOMME Tony	Mme WOJTIUK Fabienne
Mme RENARD Emmanuelle	
M. RENAUDIN Stéphane	
Mme ROY Elisabeth	
M. STRUILLOU Xavier	
M. VERNER Christian	
PRATICIENS HOSPITALIERS	
Mme DUPAS Cécile (Praticien Hospitalier)	Mme QUINSAT Victoire (Praticien Hospitalier Attaché)
Mme LEROUXEL Emmanuelle (Praticien Hospitalier)	Mme RICHARD Catherine (Praticien Hospitalier Attaché)
	Mme HYON Isabelle (Praticien Hospitalier Contractuel)

Mise à jour le 01/10/2019

**Par délibération, en date du 6 décembre 1972, le Conseil de la
Faculté de Chirurgie Dentaire a arrêté que les opinions émises
dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être
considérées comme propres à leurs auteurs et qu'il n'entend leur
donner aucune approbation, ni improbation.**

REMERCIEMENTS

A Madame le Professeur Brigitte ALLIOT-LICHT,

Professeur des Universités,

Praticien Hospitalier des Centres de Soins d'Enseignement et de Recherche Dentaires,

Docteur de l'Université de Nantes,

Habilitée à Diriger les Recherches.

-NANTES-

Pour m'avoir fait l'honneur de présider ce jury,

Pour la qualité de vos enseignements théoriques et cliniques dont j'ai pu bénéficier tout au long de mon cursus universitaire,

Veillez trouver, ici, l'expression de mes sentiments les plus respectueux.

A Madame le Docteur Serena LOPEZ-CAZAUX,

Maître de Conférences des Universités,
Praticien Hospitalier des Centres de Soins d'Enseignement et de Recherche Dentaires,
Docteur de l'Université de Nantes,
Département d'Odontologie Pédiatrique.

-NANTES-

Merci de m'avoir fait l'honneur de diriger cette thèse.

J'ai beaucoup apprécié travailler avec vous, tant lors de la réalisation de ce manuscrit que lors des vacations cliniques.

Merci pour votre implication tout au long de ce travail, pour vos précieux conseils et le temps passé aux relectures,

Pour la qualité et la rigueur de vos enseignements théoriques et cliniques,

Pour m'avoir fait découvrir les soins spécifiques et pour votre investissement auprès des patients,

Pour votre disponibilité et votre empathie,

Veillez trouver, ici, l'expression de mon profond respect et de ma plus sincère reconnaissance.

A Madame le Docteur Sylvie DAJEAN-TRUTAUD,

Maître de Conférences des Universités,

Praticien Hospitalier des Centres de Soins d'Enseignement et de Recherche Dentaires,

Docteur de l'Université de Nantes,

Chef du département d'Odontologie Pédiatrique.

-NANTES-

Pour m'avoir fait l'honneur de siéger au sein de ce jury de thèse,

Pour la qualité de vos enseignements et pour l'intérêt que vous portez aux étudiants,

Veillez recevoir ma profonde gratitude et mes remerciements les plus sincères.

A Monsieur le Docteur Tony PRUD'HOMME

Maître de Conférences des Universités,
Praticien Hospitalier des Centres de Soins d'Enseignement et de Recherche Dentaires,
Département d'Odontologie Pédiatrique.

-NANTES-

*Pour m'avoir fait l'honneur et le plaisir de participer à ce jury de thèse,
Pour les connaissances que vous m'avez transmises tout au long de mon cursus universitaire,
Pour les bons moments passés lors des vacances cliniques de pédodontie,
Veuillez recevoir ma profonde gratitude et mes remerciements les plus sincères.*

Sommaire

Table des illustrations.....	9
INTRODUCTION.....	10
I. Théories de l'apprentissage fondatrices de la guidance	12
1) La zone proximale de développement de Vygotsky	12
2) L'étayage de Bruner	15
3) La théorie de l'activité de Engeström	19
II. La guidance des professionnels auprès des parents.....	26
1) Définition de la guidance parentale.....	26
a. La guidance parentale d'après Jean-Yves Hayez.....	26
b. Différences entre guidance et psychothérapie.....	27
c. Rapport à la norme de la guidance parentale.....	29
d. Application de la guidance parentale	30
2) Les programmes de guidance parentale pour les parents d'enfants avec TSA	30
a. L'accompagnement psychologique des parents	30
b. L'accompagnement éducatif des parents	34
c. Les apports de la guidance parentale	35
III. Revue systématique de la littérature.....	38
1) Objectifs	38
2) Résultats	41
3) Discussion	47
CONCLUSION	50
Bibliographie.....	52
ANNEXE 1	57
ANNEXE 2	58
ANNEXE 3	59
LEXIQUE.....	60

Table des illustrations

<i>Figure 1 : La zone proximale de développement, modifié d'après (14)</i>	13
<i>Figure 2 : La pyramide de Bruner d'après (11)</i>	16
<i>Figure 3 : Modélisation de l'activité d'après Engeström (27)</i>	20
<i>Figure 4 : Modélisation de l'activité d'apprentissage du brossage dentaire, modifié d'après (27)</i>	21
<i>Figure 5 : Action 1 de l'activité de brossage dentaire</i>	22
<i>Figure 6 : Action 2 de l'activité de brossage dentaire</i>	22
<i>Figure 7 : Action 3 de l'activité de brossage dentaire</i>	22
<i>Figure 8 : Action 4 de l'activité de brossage dentaire</i>	22
<i>Figure 9 : Système d'activité selon Engeström (26)</i>	24
<i>Figure 10 : Comparaison de la guidance parentale et de la thérapie individuelle par Laupies (30)</i>	27
<i>Figure 11 : Comparaison de la guidance parentale et de la thérapie familiale par Laupies (30)</i>	28
<i>Figure 12 : Diagramme de flux de la sélection d'articles pour la revue systématique de la littérature</i>	40

INTRODUCTION

L'autisme est un trouble neuro-développemental décrit pour la première fois en 1943 par le pédopsychiatre Leo Kanner (1). Sa définition a beaucoup évolué et le terme consacré est aujourd'hui celui de Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA). La définition internationale la plus récente (DSM-V) considère que les individus présentant un TSA partagent deux types de caractéristiques fondamentales :

- Des déficits de communication et d'interactions sociales
- Des troubles du comportement avec un répertoire d'intérêts et d'activités restreint et répétitif.

L'autisme est un trouble d'apparition très précoce qui peut être diagnostiqué de façon fiable à partir de l'âge de 3 ans (CIM-10) (2).

Les TSA se retrouvent sous des formes et des intensités très variables d'un individu à l'autre. Ils s'accompagnent fréquemment d'autres altérations : troubles de l'apprentissage ou de l'attention, troubles de motricité, anxiété, automutilations, comportements agressifs, hypersensibilité sensorielle, troubles du sommeil, de l'alimentation, épilepsie, etc. Le niveau intellectuel est déficitaire dans 45-50% des cas mais il peut également être supérieur à la normale (1,2). On note que ces troubles associés représentent un obstacle à l'hygiène orale et aux soins bucco-dentaires (3).

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) estime que, dans le monde, un enfant sur 160 présente un TSA (2017) (4). L'Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale (INSERM) évalue que les TSA concernent environ 700 000 individus en France (2018). Ces chiffres font de l'autisme un enjeu majeur de santé publique dans notre pays (5).

C'est pourquoi, depuis 2005, plusieurs plans d'actions nationaux ont été mis en place afin de faire progresser la place des personnes avec TSA dans notre société. Le quatrième plan autisme a été présenté par le gouvernement le 6 avril 2018. En continuité avec le troisième plan autisme (2013-2017), il réitère l'engagement de soutien des familles, notamment à travers le développement de la guidance parentale (6).

C'est cette notion de guidance parentale que nous allons chercher à appréhender tout au long de ce travail. Pour ce faire, nous verrons d'abord différentes théories de l'apprentissage

sur lesquelles la guidance peut s'appuyer et nous chercherons à les appliquer à l'apprentissage du brossage dentaire chez les enfants avec TSA. Ensuite, nous définirons la guidance parentale de manière générale avant de nous intéresser plus précisément à cet accompagnement dans le cadre de l'autisme. Nous verrons alors les différentes formes que peut prendre la guidance des parents d'enfants avec TSA et quels en sont les bénéfices. Enfin, nous réaliserons une revue systématique de la littérature au sujet des programmes de guidance parentale que l'on pourrait exploiter pour la promotion de la santé orale.

I. Théories de l'apprentissage fondatrices de la guidance

Le processus d'apprentissage d'un enfant est un phénomène encadré par plusieurs acteurs : parents, éducateurs, enseignants... Leur rôle est de guider l'enfant dans l'accomplissement d'une tâche. Ce rôle éducatif peut être vu sous l'angle de différentes théories élaborées par différents psychologues au cours de l'histoire.

1) La zone proximale de développement de Vygotsky

Lev Semionovitch Vygotsky est un philosophe russe du XX^{ème} siècle dont les principales recherches ont porté sur le développement cognitif des enfants.

Il est le premier à affirmer que l'environnement, et notamment l'environnement social d'un enfant influence son développement (7). Il s'agit de sa théorie socioculturelle du développement de l'intelligence dans laquelle il présente l'intelligence comme l'intériorisation de la socialisation (8,9). Selon lui, « chaque fonction psychique supérieure (voir lexique) apparaît deux fois au cours du développement de l'enfant : d'abord comme activité collective sociale et donc interpsychique et une deuxième fois comme une activité individuelle, comme une propriété intérieure à l'enfant, comme une activité intrapsychique » (10). La fonction interpsychique s'exerce lorsque celui qui détient les connaissances les transmet à l'enfant, notamment via le langage ; Vygotsky l'appelle « Autrui mieux informé ». Il peut s'agir d'un adulte, d'un enseignant ou parfois d'un pair, voire d'un parent. Petit à petit, l'enfant va s'approprier ces connaissances nouvelles, c'est la fonction intrapsychique.

Dans son œuvre principale, Pensée et langage, il décrit l'une des applications de cette théorie développementale avec l'acquisition du langage. Le langage est introduit par l'adulte comme un outil de communication et d'interactions sociales, c'est la fonction interpsychique. L'enfant apprend à utiliser ce nouvel outil jusqu'à en faire un instrument d'organisation psychique intérieur avec l'apparition du langage privé et de la pensée verbale, il s'agit là du développement intrapsychique (7,11).

On peut également appliquer la théorie développementale de Vygotsky à l'apprentissage du brossage dentaire. Le brossage est d'abord réalisé par le parent ou sous sa surveillance, nous sommes dans le cas d'une interaction sociale, d'une aide de l'adulte aussi appelée

étayage ; c'est la fonction interpsychique. L'enfant assimile ensuite cette nouvelle compétence de brossage dentaire, c'est la fonction intrapsychique ; elle s'accompagne d'une prise d'autonomie, d'un désétayage (voir lexique) (12).

Pour Vygotsky, l'apprentissage doit tenir compte de la « zone proximale de développement » (ZPD). On peut la définir comme la représentation des capacités d'apprentissage d'un individu. Il s'agit en fait de la différence entre ce que l'enfant est capable de faire sous la médiation d'un adulte et ce qu'il est capable de faire seul. Cette zone est propre à chaque enfant et évolutive au cours de l'apprentissage et du temps. La ZPD souligne le rôle du tuteur qui, en guidant l'enfant, l'amène à dépasser ses capacités propres et à acquérir de nouvelles compétences. Elle présente des limites définies. Le point où commence la ZPD correspond au point de départ de l'apprentissage. Il s'agit des compétences que l'enfant maîtrise en autonomie, ce sont les fondations sur lesquelles on peut s'appuyer pour faire progresser l'enfant. Le point où se termine la ZPD correspond aux compétences que l'enfant est capable de comprendre avec l'aide d'un adulte. L'apprentissage ne doit pas viser de compétences plus complexes car les « fondations » de l'enfant seraient alors insuffisantes pour lui permettre de les assimiler. Ainsi l'enfant enrichit ses connaissances de proche en proche. On retrouve là l'idée selon laquelle le développement dépend d'interactions sociales avec un tuteur et la notion de guidance (13).

La zone proximale de développement peut s'illustrer de la façon suivante :

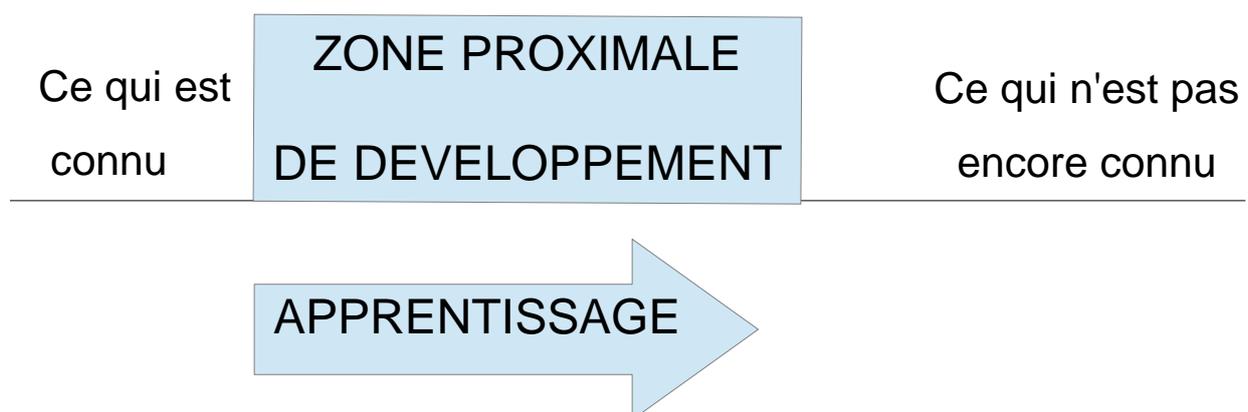


Figure 1 : La zone proximale de développement, modifié d'après (14)

L'enfant avec TSA, comme l'enfant neurotypique (voir lexique), présente une zone proximale de développement. Cela a notamment été montré par les travaux de MP Baron sur la lecture interactive. Pendant dix mois, elle a lu quotidiennement des récits à une enfant avec TSA de 11 ans, elle lui posait ensuite différentes questions sur le récit pour évaluer sa compréhension. Ces interventions, qui se déroulaient au domicile de l'enfant, étaient filmées, ce qui lui a permis de les analyser. Elle a ainsi constaté qu'au fil des mois, l'enfant comprenait de mieux en mieux les récits qui lui étaient lus. Elle parvenait notamment à répondre à des questions ouvertes sur les récits à la fin de l'étude alors qu'au début elle répondait principalement à des questions fermées. Cette étude illustre bien la zone proximale de développement de Vygotsky et le rôle de l'« autrui mieux informé ». Au début, pour comprendre le récit, l'enfant a besoin qu'on lui pose des questions précises sur le thème de l'histoire, sur les relations entre les personnages, sur leurs intentions, etc. A la fin de l'étude, et après de nombreuses lectures interactives guidées par les questions de l'adulte, l'enfant est capable de répondre à des questions ouvertes sur le récit. Par exemple, au début de l'étude, pour comprendre le thème d'une histoire, elle a besoin que l'adulte lui demande « c'est une histoire de pirate ? » et elle répondra « oui », à la fin de l'étude, elle sera capable de dire qu'il s'agit d'une histoire de pirate si l'adulte lui demande simplement quel est le thème du récit. On voit bien que la guidance de l'adulte a permis à l'enfant d'acquérir une nouvelle compétence de compréhension d'un récit qui correspondait à sa zone proximale de développement puisque dès le début de l'étude elle comprenait les récits avec l'aide de l'adulte (15).

La Thérapie d'Etayage Cognitif et Affectif (TECA) est une thérapie développée pour la prise en charge des enfants avec TSA. Cette approche tient compte du fait que l'enfant avec TSA présente souvent un niveau de développement limité et cherche d'abord à consolider ses acquis ainsi qu'à développer ses rapports aux objets et aux autres sujets. Il s'agit d'une thérapie individuelle qui s'effectue sous forme de séances de trente minutes, deux fois par semaine, au domicile de l'enfant, dans une pièce remplie de jouets. Le professionnel commence par observer l'enfant évoluer dans cet environnement pour déterminer son niveau de développement. Il lui propose ensuite des activités de jeu en rapport avec sa zone proximale de développement. Les échanges qui se mettent en place entre le professionnel et l'enfant, mais aussi entre le jouet et l'enfant, vont permettre son développement ; on retrouve là l'idée de Vygotsky selon laquelle l'enfant évolue par les interactions avec son environnement. Le niveau de développement de l'enfant est réévalué tous les 4 à 6 mois avec une échelle appropriée pour suivre l'évolution de sa zone proximale de développement et lui proposer

toujours des activités qui lui permettent de progresser (16).

On peut mettre en application les théories de Vygotsky pour l'apprentissage du brossage dentaire chez l'enfant avec TSA ; il s'agit d'une forme de guidance du parent auprès de son enfant. Le parent accompagne son enfant dans cette activité et lui laisse de plus en plus d'autonomie au fur et à mesure que l'enfant se familiarise avec le brossage et donc que sa zone proximale de développement évolue. Par exemple, au début l'enfant peut se contenter de préparer son matériel pour le brossage qui sera pris en charge par l'adulte, puis, une fois familiarisé avec cette activité, l'enfant pourra brosser en autonomie les dents les plus accessibles et enfin finir par effectuer tout le brossage en autonomie, sous la supervision de l'adulte. Aucune étude évaluant l'application de la théorie de Vygotsky dans le domaine de la santé orale n'a été réalisée à ce jour.

2) L'étayage de Bruner

Jérôme Bruner, psychologue américain du XXème siècle, va lui aussi axer ses recherches sur le développement cognitif et l'éducation des enfants. Pour ce faire, il va notamment observer des enfants réaliser, avec l'aide d'un adulte, « une tâche de construction d'une pyramide à partir de blocs constitutifs complexes et imbriqués » (17). Il introduit alors la notion d'étayage (voir lexique). Il s'agit du processus par lequel un tuteur va « prendre en mains ceux des éléments de la tâche qui excèdent initialement les capacités du débutant, lui permettant ainsi de concentrer ses efforts sur les seuls éléments qui demeurent dans son domaine de compétence et de les mener à terme. ». Cette définition rejoint celle de la zone proximale de développement de Vygotsky, le principe de l'étayage est de tutorer l'enfant pour lui permettre de progresser en s'appuyant sur ses acquis (18). L'étayage est basé sur l'interaction de tutelle qui est l'interaction entre un adulte et un enfant grâce à laquelle l'adulte essaie d'amener l'enfant à résoudre un problème qu'il ne sait pas résoudre seul. Cette interaction est provisoire puisque le tuteur va peu à peu se désengager pour laisser l'enfant réaliser seul la tâche, c'est le principe de désétayage (19).

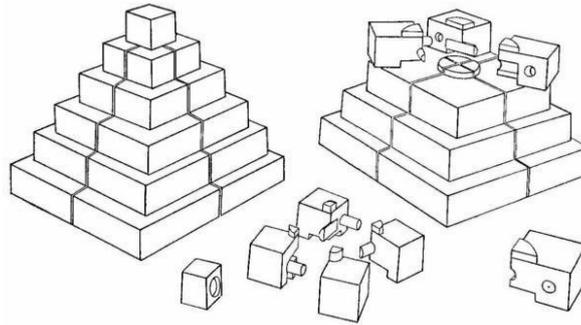


Figure 2 : La pyramide de Bruner d'après (11)

Bruner divise le rôle du tuteur en six fonctions qui sont les suivantes :

- *l'enrôlement* : le tuteur doit susciter l'intérêt et l'adhésion de l'enfant pour la tâche à effectuer afin de lui donner envie d'apprendre malgré les difficultés.
- *la réduction des degrés de liberté* : le tuteur doit simplifier l'exercice pour permettre à l'enfant de le réaliser. Il peut s'agir de prendre en charge lui-même les éléments de la tâche qui excèdent les capacités de l'enfant, mais aussi de diviser le travail en sous-objectifs que l'enfant peut réaliser plus facilement grâce à ses acquis.
- *le maintien de l'orientation* : le tuteur doit encourager l'enfant à poursuivre son objectif, d'une part en maintenant son orientation et sa motivation, d'autre part en l'incitant à réaliser des tâches de plus en plus complexes, au fur et à mesure de l'acquisition de nouvelles compétences.
- *la signalisation des caractéristiques déterminantes* : le tuteur doit signaler les différentes caractéristiques pertinentes pour la réalisation de la tâche demandée, il doit aussi informer l'enfant de l'écart qui sépare sa production de la production souhaitée. Cette fonction regroupe tous les moyens fondamentaux auxquels a recours le tuteur pour permettre à l'enfant l'exécution de la tâche.
- *le contrôle de la frustration* : le tuteur doit accompagner l'enfant dans ses recherches et rendre sa tâche moins ardue en dédramatisant ses erreurs pour lui éviter le sentiment d'échec. Il doit le réconforter et le féliciter à chacune de ses tentatives pour exécuter la tâche demandée. Le risque de cette approche est de créer une dépendance de l'enfant envers son tuteur et qu'il ne soit plus du tout capable de progresser en autonomie, sans être sans cesse rassuré.
- *la démonstration ou présentation de modèles* : le tuteur donne l'exemple et présente des « essais de solution » à l'enfant, le but n'est pas de faire une démonstration de l'exercice complet mais d'inciter l'enfant à imiter l'adulte pour lui donner un axe de réflexion et lui éviter de faire fausse route. Selon Bruner « si l'enfant ne maîtrise pas les sous-routines élémentaires,

la démonstration d'un exercice complet lui est à peu près aussi profitable que la démonstration faite par un skieur chevronné à un débutant absolu » (20,21).

Bruner va également s'intéresser à la notion d'intentionnalité. Pour lui l'intelligence consiste à être capable de construire des comportements intentionnels. L'enfant naît avec des intentions et ses actions sont donc volontaires, elles s'orientent vers un but, « l'intentionnalité précède le savoir faire » (22). Comme Vygotsky, Bruner s'est beaucoup intéressé à l'acquisition du langage chez l'enfant. Le processus d'acquisition du langage illustre parfaitement la notion d'intentionnalité. En effet, les mimiques et les vocalises d'un nourrisson qui ne maîtrise pas encore le langage sont la traduction de ses intentions. Les parents vont interpréter ces comportements pour comprendre les désirs de l'enfant. Souvent ils expriment alors ces désirs avec des mots et, petit à petit, l'enfant va s'approprier ce langage qu'il entend depuis sa naissance et l'utiliser à son tour pour communiquer. Bruner partage donc l'idée de Vygotsky selon laquelle le développement cognitif s'inscrit dans une trame d'interactions sociales (18).

Chez les enfants avec TSA, on observe fréquemment des comportements qualifiés de « comportements problèmes » car ils entravent la vie en communauté. Il peut s'agir, par exemple, de cris mais aussi de coups ou d'automutilations. A travers ces comportements, on retrouve la notion d'intentionnalité décrite par Bruner. En effet, l'enfant avec TSA utilise en fait ces comportements inadaptés dans le but d'interagir avec son entourage. Les difficultés que rencontrent les parents d'un enfant avec TSA à comprendre l'intention qui se cache derrière un comportement problème est une grande source de frustration pour l'enfant. Le but de la guidance est alors d'aider le parent à comprendre cette intention pour pouvoir y répondre et faire disparaître le comportement gênant.

Lors de sa thèse en sciences du langage, Patrick Binisti a étudié les interactions de tutelle dans l'apprentissage chez l'enfant avec TSA. Dans son étude, il cherche à enseigner l'orthographe à une enfant avec autisme moyen à raison d'une séance par semaine pendant deux ans et demi. Son objectif n'est pas « de réduire ou de faire disparaître les expressions autistiques mais de les intégrer dans la pédagogie » (23). Pour ce faire, il reprend les six fonctions d'étayages de Bruner mais y apporte quelques aménagements pour s'harmoniser avec les troubles de l'enfant. Pour chaque fonction d'étayage de Bruner, Binisti propose des adaptations qui permettent de les appliquer à l'enfant avec TSA :

- *L' enrôlement* : l'adulte doit susciter l'intérêt de l'enfant pour la tâche d'apprentissage. Dans le cas d'un enfant avec TSA, il doit aussi se « laisser enrôler » (23), c'est-à-dire laisser l'enfant être agent de son apprentissage et utiliser plutôt les outils pédagogiques vers lesquels l'enfant se dirige spontanément pour l'apprentissage.
- *La réduction des degrés de liberté* : selon Binisti, il faut laisser l'enfant avec TSA tâtonner et construire ses propres procédures pour résoudre les problèmes qu'il rencontre.
- *Le maintien de l'orientation* : le tuteur doit là agir par petites touches avec l'enfant avec TSA et ne pas exercer de contrainte forte. Si l'enfant s'éloigne de la tâche d'apprentissage, il faut que le tuteur le suive dans la direction qu'il empreinte puis le ramène progressivement vers la tâche initiale afin de ne pas perdre son attention.
- *La signalisation des caractéristiques déterminantes* : le tuteur doit laisser l'enfant avec TSA accomplir la tâche demandée comme il se la représente et exploiter ensuite ce qui peut être utile à l'apprentissage dans la production de l'enfant. Il ne doit pas chercher à montrer à l'enfant les différences entre sa production et la production qui était demandée.
- *Le contrôle de la frustration* : le tuteur doit accepter que l'enfant avec TSA ait des périodes de jeu au cours de sa tâche. Il doit accepter les mauvaises réponses et passer à la phase de démonstration en cas de blocage pour ne pas augmenter le sentiment de frustration de l'enfant et conserver son attention.
- *La démonstration* : le tuteur doit imiter l'essai de solution proposé par l'enfant dans le but que celui-ci l'imité en retour sous une forme mieux appropriée (23,24).

Chez l'enfant avec TSA, la guidance selon l'échafaudage de Bruner trouve donc son intérêt pour guider l'enfant dans l'apprentissage. Il faut cependant savoir s'adapter au profil autistique de l'enfant et notamment aux comportements problèmes évoqués précédemment.

Si l'on reprend l'exemple du brossage dentaire, les 6 fonctions d'échafaudage peuvent alors se traduire de la façon suivante :

- *L' enrôlement* : le tuteur peut inciter l'enfant à se brosser les dents mais le laisser orienter l'apprentissage, par exemple en choisissant une brosse à dents parmi plusieurs ou en choisissant le goût de son dentifrice.
- *La réduction des degrés de liberté* : le tuteur peut superviser l'enfant lors du brossage, par exemple il peut positionner la brosse à dents puis la tourner quand l'enfant a fini le brossage d'un secteur dentaire. L'enfant doit cependant garder une part d'autonomie

dans sa découverte de l'activité et surmonter seul certaines des difficultés qu'il rencontre. Par exemple, s'il a peur d'introduire la brosse à dents dans sa bouche, il faut lui proposer de le faire progressivement mais pas le faire à sa place, il faut qu'il découvre par lui-même qu'il s'agit d'un geste anodin.

- *Le maintien de l'orientation* : par exemple, si l'enfant joue avec sa brosse à dents en dehors de sa bouche, le tuteur doit faire mine de jouer avec lui puis l'inciter petit à petit à remettre la brosse à dents dans sa bouche pour le brossage dentaire.
- *La signalisation des caractéristiques déterminantes* : le tuteur doit laisser l'enfant se brosser les dents puis reprendre le brossage des zones que l'enfant n'a pas bien brossées, il ne doit pas spécialement chercher à montrer à l'enfant les zones oubliées pour ne pas faire naître un sentiment d'échec. D'autre part, certaines actions du tuteur sont fondamentales pour que l'enfant réussisse la tâche. Par exemple, il a été montré que l'enfant avec TSA pourrait avoir besoin que le tuteur compte pour exécuter le brossage dentaire (25).
- *Le contrôle de la frustration* : le tuteur doit accepter que l'enfant se détourne du brossage dentaire en cours d'exécution pour jouer un moment. Tout au long de l'activité, il doit le féliciter, le rassurer et l'encourager. Si l'enfant bloque sur une partie du brossage, le tuteur doit passer à la phase de démonstration sans insister pour que l'enfant ne se sente pas en situation d'échec.
- *La démonstration* : le tuteur peut prendre une brosse à dents et faire une démonstration de brossage à l'enfant pour lui permettre de visualiser l'objectif qui lui est fixé. Cette dernière fonction est toutefois discutable car, selon Binisti, le tuteur ne doit pas montrer à l'enfant un brossage exemplaire mais il doit imiter la manière dont l'enfant s'est brossé les dents pour lui permettre de visualiser ses erreurs et de les corriger.

3) La théorie de l'activité de Engeström

En 1987, Yrjo Engeström publie sa théorie de l'activité, elle est notamment inspirée des travaux de Vygotsky. D'après Engeström, l'activité est un processus dynamique composé de six éléments : le sujet, l'objet, la communauté, les outils, les règles et la division du travail. Il s'agit en fait d'un « processus de transformation de l'existant » mis en œuvre par une communauté d'individus partageant un même but : l'objet. L'activité peut se modéliser de la sorte (26) :

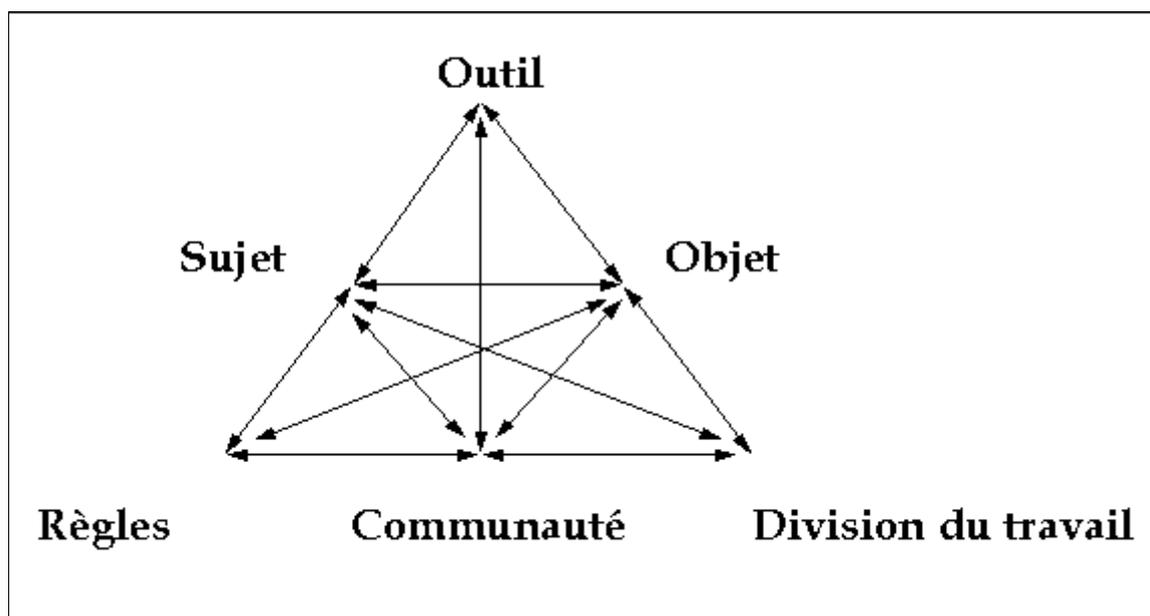


Figure 3 : Modélisation de l'activité d'après Engeström (27)

Les différents pôles de ce modèle se définissent de la sorte :

- Le sujet : il s'agit de l'individu ou du groupe étudié dans le cadre de l'activité modélisée.
- L'objet : il s'agit de l'objectif de l'activité.
- L'outil : il s'agit du ou des outils, matériel ou symbolique, utilisé au cours de l'activité.
- La communauté : il s'agit de l'ensemble des individus ou groupes qui participent à l'activité et partagent donc un même objet.
- La division du travail : il s'agit de la répartition des différentes actions composant l'activité entre le sujet et les membres de la communauté.
- Les règles : il s'agit des lois, implicites ou explicites, qui régulent les actions et les interactions au sein du système d'activité (27).

Le modèle de l'activité proposé par Engeström peut s'appliquer à l'apprentissage du brossage dentaire chez l'enfant avec TSA. Dans cette activité, l'enfant représente le sujet sur lequel se porte l'attention de la communauté. Cette dernière est composée de ceux qui jouent le rôle de tuteurs auprès de l'enfant : sa famille mais aussi les professionnels qui l'entourent (psychologues, enseignants, éducateurs, professionnels de santé, etc). L'objet de l'activité est

alors l'apprentissage du brossage dentaire. L'instrument représente le matériel utilisé pour le brossage. La division du travail se fait entre les différents acteurs du système d'activité, c'est à dire l'enfant, les professionnels et les parents. Enfin, les règles sont les méthodes de brossage à enseigner à l'enfant pour que cette tâche soit correctement effectuée. Plus largement, les règles sont aussi les règles de vie du milieu où se déroule l'activité de brossage (domicile familial, cabinet dentaire, institut spécialisé). Le schéma suivant est celui de l'apprentissage du brossage dentaire d'après la théorie de l'activité d'Engeström :

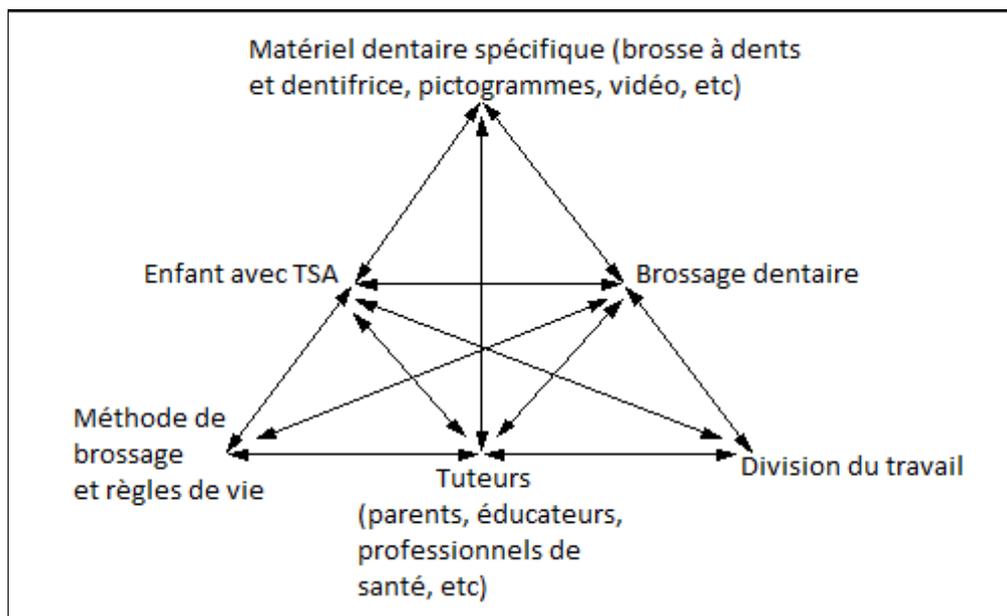
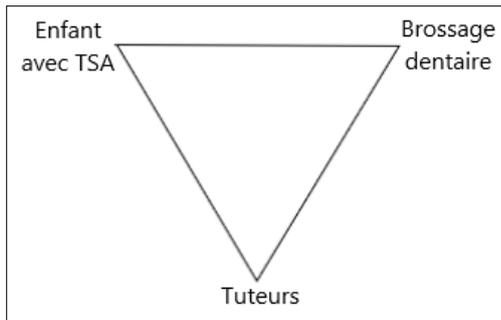


Figure 4 : Modélisation de l'activité d'apprentissage du brossage dentaire, modifié d'après (27)

Ce modèle permet facilement de diviser l'activité en différentes tâches qu'Engeström appelle des « actions ». Par exemple, l'activité d'apprentissage du brossage dentaire que nous venons de voir est composée, entre autres, des actions suivantes :



L'enfant avec TSA interagit avec ses tuteurs pour atteindre l'objectif de brossage dentaire.

Figure 5 : Action 1 de l'activité de brossage dentaire

L'enfant avec TSA utilise du matériel dentaire spécifique pour atteindre l'objectif de brossage dentaire.

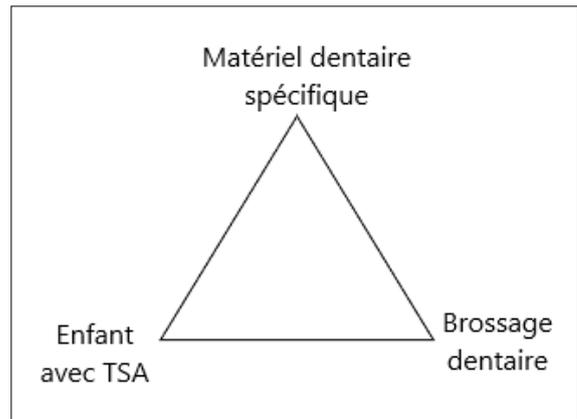
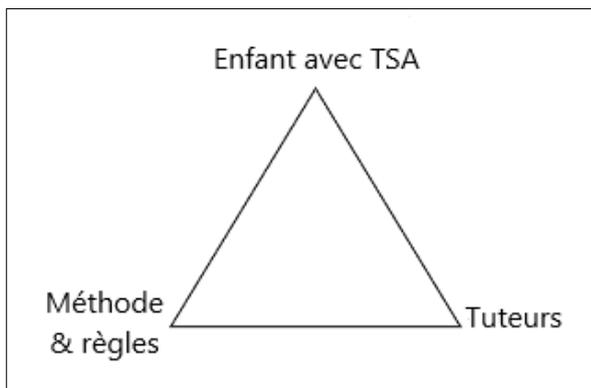


Figure 6 : Action 2 de l'activité de brossage dentaire



Les tuteurs imposent la méthode de brossage et les règles de vie en communauté à l'enfant avec TSA.

Figure 7 : Action 3 de l'activité de brossage dentaire

Les tuteurs se divisent le travail d'apprentissage du brossage. En effet, les professionnels de santé vont apprendre les bonnes méthodes aux parents pour qu'ils les enseignent à leur tour à leur enfant.

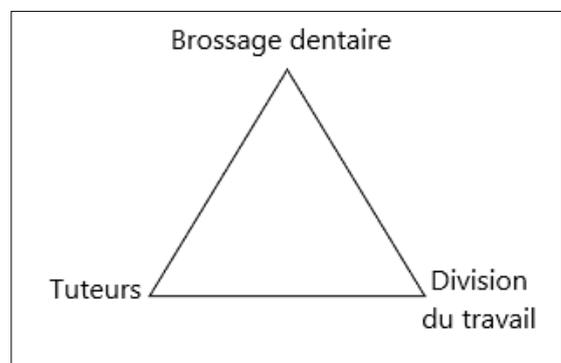


Figure 8 : Action 4 de l'activité de brossage dentaire

Pour Engeström, une activité est un système global composé de plusieurs actions qui interagissent les unes avec les autres. Ces actions sont elles mêmes constituées par des opérations qui sont des tâches basiques. Une même opération peut servir à la construction de plusieurs actions différentes ou alors être répétée plusieurs fois au sein d'une même action. Une action, quant à elle, peut servir plusieurs buts et donc prendre part à différents systèmes d'activités. De la même manière, une activité peut devenir l'une des actions d'un système d'activité plus global (28,29). L'annexe 1 représente cette hiérarchisation de l'activité ainsi que les interactions entre systèmes d'activités.

Prenons l'exemple de l'activité de brossage dentaire. Les actions qui la composent sont : la préparation du matériel, le brossage à proprement parlé et le rangement du matériel dentaire. Les différentes opérations nécessaires à la réalisation de ces actions peuvent être les suivantes (listes non exhaustives) :

- Pour la préparation du matériel : prendre la brosse à dents, ouvrir le tube de dentifrice, mettre du dentifrice sur la brosse à dents, refermer le tube de dentifrice.
- Pour le brossage : ouvrir la bouche, introduire la brosse à dents dans la bouche, brosser toutes les surfaces dentaires (répéter dix fois cette opération), cracher.
- Pour le rangement du matériel : rincer la brosse à dents, ranger le dentifrice et la brosse à dents, s'essuyer la bouche.

L'activité de brossage dentaire entre en interaction avec d'autres activités liées à la santé orale. L'annexe 2 présente la hiérarchisation de l'activité de brossage dentaire et son interaction avec l'activité de visite chez le chirurgien-dentiste. On constate que l'opération « ouvrir la bouche » prend part à plusieurs actions de ces deux activités.

Les activités de brossage dentaire et de visite chez le chirurgien-dentiste peuvent être considérées comme des actions si l'on considère un système d'activité plus global qui serait alors le maintien de la santé orale. Le maintien de la santé oral peut lui-même prendre part à un système d'activité encore plus général comme le maintien de la santé générale.

Comme nous l'avons vu, l'activité est un processus de transformation influencé par différents facteurs. Au cours de son évolution, le système d'activité rencontre des éléments perturbateurs qu'Engeström appelle des « ordres de contradiction », ils peuvent intervenir au sein de l'un des éléments du système ou entre plusieurs éléments. La force du système est

alors de trouver sans cesse des résolutions à chaque nouvel ordre de contradiction. Engeström schématise ceci sous forme d'un cycle car chaque résolution apporte de nouvelles contradictions qu'il faudra résoudre à leur tour (26).

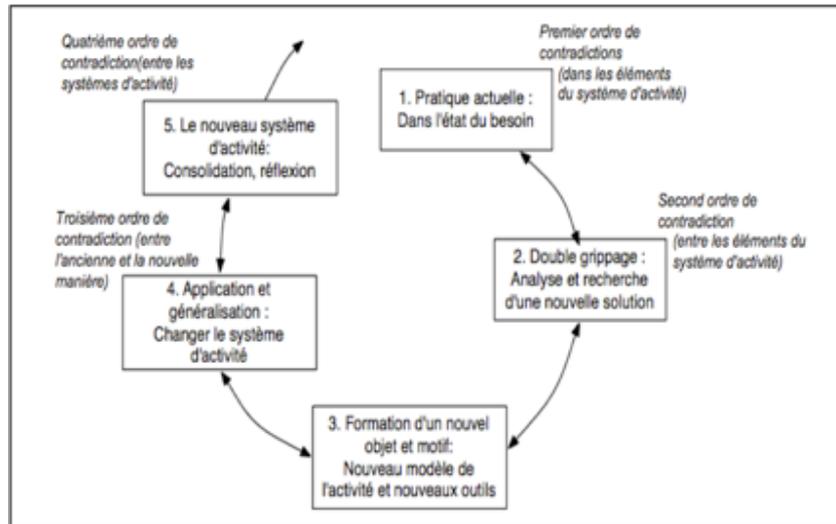


Figure 9 : Système d'activité selon Engeström (26)

Là encore, ce modèle est général et peut facilement s'appliquer à l'activité de brossage dentaire. Prenons l'exemple d'un enfant avec TSA qui refuse de se brosser les dents. Ce refus constitue le premier ordre de contradiction. Ses tuteurs vont analyser cette situation et chercher une solution. Ils vont constater que c'est le dentifrice qui pose problème à l'enfant. Ils vont alors décider d'utiliser un nouvel outil pour le brossage : un nouveau dentifrice avec un autre goût ou une autre couleur. L'activité de brossage est reproposée à l'enfant, il accepte maintenant d'introduire la brosse à dents dans sa bouche. Un nouvel ordre de contradiction apparaît néanmoins, l'enfant ne connaît pas les méthodes pour se brosser correctement les dents. Il faut alors lui enseigner ces méthodes ce qui constitue une nouvelle activité au cours de laquelle de nouveaux ordres de contradictions à dépasser apparaîtront, etc.

Les travaux de ces différents psychologues nous montrent bien le caractère multifactoriel de l'apprentissage d'une tâche et les mécanismes complexes qui s'installent au cours du développement d'un enfant. Souvent, les interactions parents-enfant nécessaires au bon développement se mettent en place spontanément. Parfois, le parent peut être dépassé par l'enjeu d'apprentissage à cause des difficultés liées au TSA ou car il n'est pas expert de l'activité à enseigner à son enfant, par exemple le brossage dentaire. On se retrouve alors dans une situation où le tuteur n'est pas « autrui mieux informé » et ne peut guider son enfant dans l'apprentissage de cette tâche. Une formation du parent par un expert est alors nécessaire. Un chirurgien-dentiste pourra former le parent à l'apprentissage du brossage dentaire. Il s'agit alors d'un deuxième volet de la guidance parentale, celle qu'apportent les professionnels de santé aux parents.

II. La guidance des professionnels auprès des parents

1) Définition de la guidance parentale

a. La guidance parentale d'après Jean-Yves Hayez

Ce n'est qu'en 1978 avec la parution du livre de Jean Yves Hayez intitulé La guidance parentale que ce terme est mieux défini et plus couramment employé (30). Dans cet ouvrage, Hayez offre une vision de la guidance parentale sous l'angle de la psychanalyse. Pour lui la guidance parentale est en fait la psychothérapie de la relation parent-enfant. Il propose la définition suivante : « une guidance est un travail effectué par le thérapeute et les parents, qui a pour champ la relation parent-enfant et vise à l'épanouissement de ceux-ci » (31).

Les acteurs de la guidance sont le thérapeute et les parents, leur collaboration est nécessaire pour que la guidance soit efficace. Les parents doivent donc accepter l'idée d'engager des changements dans leurs méthodes éducatives et doivent adhérer aux solutions que propose le thérapeute pour les aider. Une relation de confiance doit s'installer. Le thérapeute, quant à lui, doit s'atteler à résoudre le problème qui lui a été soumis, il ne doit pas s'écarter de la demande des parents mais peut la reformuler pour mettre en lumière certains aspects du problème que rencontrent les parents avec leur enfant (31).

Le champ de la guidance est la relation parent-enfant, c'est à dire les interactions qu'il existe entre eux. Une guidance n'est pas une thérapie du parent ou de l'enfant, les problèmes que peuvent rencontrer les uns ou les autres dans leur développement personnel doivent être réglés par une thérapie individuelle. En guidance, le parent doit se concentrer sur la facette de sa personnalité que Hayez appelle son « être-parent » ; le thérapeute l'incite à réfléchir au sens de ses attitudes parentales et à les accepter dans la paix. Le parent doit également réfléchir au sens des attitudes de son enfant, qu'il s'agisse d'attitudes positives ou négatives. Enfin, le parent doit modifier les zones de son « être-parent » qui gênent son épanouissement ou celui de son enfant. Il doit aussi inciter son enfant à faire disparaître ses comportements gênants pour la relation parent-enfant (31).

Le but de la guidance est l'épanouissement des parents et de leur enfant. Cette notion est subjective. D'après le dictionnaire Larousse, un individu épanoui est un individu ayant acquis la plénitude de ses facultés, quelqu'un de comblé et heureux (32). Dans le cas de la guidance, on peut considérer que l'épanouissement est atteint quand tous les obstacles qui

entravaient les interactions entre le parent et l'enfant sont levés ; cet état est atteint grâce aux conseils et aux orientations du thérapeute (31).

b. Différences entre guidance et psychothérapie

Pour mieux définir la guidance parentale, Vincent Laupies nous propose de la comparer, d'une part, avec la thérapie individuelle et, d'autre part, avec la thérapie familiale. Les quatre critères sur lesquels la guidance se distingue de ces thérapies sont : les objectifs, les moyens, les références et les modalités d'évaluation. Les tableaux suivants présentent ces différences (30).

	Guidance parentale	Thérapie individuelle
Objectifs	Développer une meilleure qualité de la fonction parentale	Développer la liberté personnelle
Moyens	Entretiens semi-directifs, amener le parent à faire des liens entre ses conduites parentales et sa propre enfance	Libre association, liens dans toutes les dimensions du psychisme, analyse du transfert,...
Références	L'aisance pour être parent vient du repérage des résonances personnelles Fonctions parentales « optimales »	Certaine idée de la liberté intérieure, de l'équilibre pulsionnel...
Evaluation	Aide apportée aux enfants Qualité des relations parents-enfants	Ouverture de l'horizon, liberté plus grande (plus que disparition des symptômes)

Figure 10 : Comparaison de la guidance parentale et de la thérapie individuelle par Laupies (30)

	Guidance parentale	Thérapie familiale
Objectifs	<p>Soutenir les parents Faire émerger leurs compétences Leur donner des informations pour qu'ils améliorent leurs attitudes</p>	<p>l'aide à changer le système familial pour que la souffrance disparaisse, pour qu'il soit plus souple, pour qu'il soit plus conforme à ce qu'il souhaite...</p> <ul style="list-style-type: none"> - Changement des règles - Développement des métarègles - « Normalisation » structurale - Amélioration de la communication - Émergence de la créativité de la famille - Diminution de l'impact de secrets, mythes contraignants,.... - Assouplissement des expressions des loyautés...
Moyens	<p>Ecoute Conseil, information Mise en valeur des compétences Connotation positive Ne vise que le niveau « visible » (comportemental et transactionnel)</p>	<p>Interventions stratégiques, structurales, transgénérationnelles, narratives, contextuelles...</p> <p>Touche les niveaux « visibles » et « invisibles » (mythes, secrets, transgénérationnel...)</p> <p>Repose sur l'identification d'un niveau de changement souhaité et l'utilisation de techniques ad hoc.</p>
Référence	<p>Référence à une certaine « normalité » : idée de bien-être</p>	<p>Référence à une certaine normalité uniquement dans le cas de l'approche structurale</p> <p>Constructivisme, constructionisme...</p> <p>Ajustement sur la représentation du monde que possède la famille</p>
Évaluation	<p>Disparition ou diminution des difficultés éducatives Diminution des symptômes des enfants</p>	<p>Par rapport aux signes de changement prédéfinis avec la famille</p>

Figure 11 : Comparaison de la guidance parentale et de la thérapie familiale par Laupies (30)

Dans la colonne « guidance parentale » de ces deux tableaux, on retrouve les éléments de la définition donnée par Jean-Yves Hayez :

- Les objectifs de la guidance concernent uniquement la fonction parentale.
- Les moyens employés prennent la forme de conseils de la part du thérapeute. C'est le parent qui analyse lui-même le sens de ses attitudes parentales et peut être amené à faire des liens entre celles-ci et sa propre enfance.
- La guidance parentale se réfère à une certaine « norme », elle cherche à optimiser la fonction parentale pour la rendre plus aisée.
- Les résultats de la guidance parentale s'évaluent par l'aide apportée à l'enfant, notamment par l'amélioration de la relation parent-enfant et par la diminution des difficultés éducatives de l'enfant.

La thérapie individuelle, quant à elle, vise le développement global de l'individu. Le thérapeute analyse tous les aspects de la vie de l'individu (vie de couple, enfance, parentalité, etc) pour lui faire comprendre les événements qui l'ont construit tel qu'il est et lui apporter plus de liberté et de sérénité.

Enfin, la thérapie familiale concerne tous les membres d'une famille : parents, fratrie, grand-parents, beaux-parents, etc. Elle poursuit un but prédéfini par les différents acteurs. La famille est vue comme un système dont il faut revoir les règles et réorganiser le fonctionnement pour atteindre un certain idéal (30).

c. Rapport à la norme de la guidance parentale

Comme nous l'avons vu, la guidance parentale se réfère à une certaine « norme ». En effet pour guider le parent dans sa fonction parentale, le thérapeute a besoin de savoir vers où aller et donc de définir les critères d'une « bonne » attitude parentale. Ces critères sont très subjectifs et pour respecter le caractère de chaque relation parent-enfant le thérapeute peut considérer que la guidance vise à éviter toutes formes de maltraitances. Les parents attendent souvent plus de la guidance parentale et le thérapeute doit alors se référer à une norme. Cet idéal à atteindre est seulement une ligne directrice pour le thérapeute et le parent, il doit pouvoir évoluer selon les capacités de progression du parent et s'adapter à la singularité de chacun (environnement, mode de vie, niveau social, etc) (30).

d. Application de la guidance parentale

La guidance parentale prend la forme de séances d'entretiens avec un psychologue, à un rythme plus ou moins espacé. En début de guidance, les séances sont souvent assez rapprochées, toutes les semaines ou tous les quinze jours, elles peuvent s'espacer par la suite. La durée de la guidance est plus courte que celle d'une psychothérapie, elle dépasse rarement un an. Plusieurs périodes de guidance peuvent être mises en place à différentes étapes de la vie des parents et de l'enfant (31).

2) Les programmes de guidance parentale pour les parents d'enfants avec TSA

La guidance des parents d'enfants avec TSA présente de nombreux aspects communs avec la guidance parentale d'enfants neurotypiques, les moyens et la forme de la guidance restent les mêmes. Cependant, elle a aussi une part de spécificité due aux caractéristiques de l'enfant : son évolution lente, ses difficultés de communication, etc. Le but de la guidance est alors, d'une part, de repérer et de stimuler les capacités de l'enfant. D'autre part, elle cible les difficultés de l'enfant pour les réduire, dans la mesure du possible, ou pour aménager le quotidien familial de façon à les rendre supportables (33).

a. L'accompagnement psychologique des parents

Le premier type de guidance développé pour les parents d'enfants avec TSA prend la forme d'un accompagnement psychologique. Elle a lieu en l'absence de l'enfant, lors de séances individuelles entre le thérapeute et le ou les parents.

Wintgens et Hayez introduisent l'expression de « guidance psychopédagogique » pour ce type d'accompagnement. La guidance parentale présente alors deux aspects : un travail sur l'attitude pédagogique des parents et un autre sur leur vécu psychique de la situation. La guidance psychopédagogique se déroule selon quatre axes : la contenance, le vécu psychique, le vécu quotidien et la relation parent-enfant (33).

- La contenance

Le premier axe de la guidance psychopédagogique est d'exercer une fonction de contenance sur les parents d'enfants avec TSA, nous sommes là dans le champ de leur vécu psychique de la situation. Houzel décrit la contenance comme « une fonction de réceptacle de la souffrance parentale » (34).

D'après lui, ce qui soigne le parent c'est que le thérapeute reçoive et contienne ses expériences et ses pensées douloureuses et perturbées. La douleur psychique du parent est contenue lorsqu'elle est comprise, le thérapeute doit donc faire preuve d'une grande empathie (35).

Pour tisser une alliance thérapeutique, il doit commencer par recevoir et comprendre les interrogations, le sentiment d'injustice, le désarroi et la souffrance du parent face à son enfant dont il ne comprend pas les comportements (33).

Une fois libéré de toute cette souffrance psychique, le parent va chercher des réponses à ses interrogations auprès du thérapeute et la question du diagnostic, s'il n'a pas encore été posé, va apparaître. Un bilan multidisciplinaire est nécessaire pour poser avec certitude un diagnostic de TSA. C'est au professionnel de juger si ce bilan doit être effectué rapidement où si les parents ne sont pas prêts et ont besoin d'un peu de temps pour se préparer à la nouvelle (33).

- Le vécu psychique

Le second acte de la guidance psychopédagogique consiste à fournir une écoute aux parents et à laisser chacun s'exprimer sur son ressenti par rapport à son enfant avec TSA.

Souvent, les parents commencent par évoquer leur vécu avant de rentrer en contact avec des professionnels de santé : leurs inquiétudes par rapport à certains comportements de leur enfant, leurs questionnements, leurs angoisses, leurs frustrations, etc (33).

S'en suit l'évocation de leurs premières rencontres avec des professionnels de santé, du parcours qui s'apparente bien souvent à un « parcours du combattant » pour mettre un nom sur les troubles de leur enfant. Trop souvent, une méconnaissance des troubles du spectre autistique par les professionnels de santé entraîne un retard dans la prise en charge de l'enfant et de longues périodes d'incompréhension et de détresse psychique pour les parents. De plus,

comme le soulignent Wintgens et Hayez, les parents sont souvent confrontés, dans un premier temps, à une attitude de dédramatisation inadéquate de la part de médecins qu'ils consultent pour leur faire part de leurs inquiétudes concernant leur enfant (33).

Le lien thérapeutique entre les parents et le thérapeute va se renforcer au cours de cette libération de la parole et les parents vont alors oser poser des questions enfouies en eux, par crainte d'en entendre les réponses. Ces questions concernent classiquement les origines des troubles de leur enfant, leur sévérité et les évolutions attendues. Le thérapeute doit alors s'efforcer de répondre avec justesse, ne laisser aucun tabou s'installer mais ne pas hésiter à reconnaître son ignorance sur certaines interrogations des parents (33).

Le regard que les autres portent sur leur enfant est un thème souvent évoqué par les parents lors des séances de guidance. En effet, les comportements atypiques de leur enfant dans les lieux publics sont généralement interprétés comme le fruit d'une mauvaise éducation et les parents souffrent de ce jugement que portent les gens sur leurs aptitudes parentales. Même dans le cercle familial, les parents sont souvent confrontés à une incompréhension et à un jugement de leurs proches quant à l'éducation qu'ils fournissent à leur enfant. Certains parents en souffrent tellement qu'ils en viennent à se couper complètement du monde extérieur, à fuir les lieux publics et à refuser les invitations. A l'évocation de ces problèmes, le thérapeute se doit d'adopter une attitude rassurante envers les parents, de reconnaître leurs compétences et de les restaurer dans leurs fonctions parentales (33).

Enfin, les répercussions des troubles autistiques de l'enfant sur l'ensemble de la famille sont régulièrement abordées en séance de guidance. L'équilibre de la fratrie, notamment, peut être impacté par la présence d'un enfant avec TSA. Le thérapeute peut proposer aux frères et sœurs, ainsi qu'à d'autres proches, de participer aux séances de guidance pour les aider à faire face au handicap de l'enfant mais aussi à son manque de réciprocité et à ses comportements atypiques. Ces séances peuvent avoir lieu avec ou sans les parents ; elles sont l'occasion de laisser chacun s'exprimer, à son niveau, sur son vécu par rapport à l'enfant, sur les difficultés rencontrées au quotidien. Le thérapeute peut alors répondre aux interrogations des uns et des autres et fournir des explications sur les troubles autistiques en utilisant des termes adaptés à ses interlocuteurs (33).

- Le vécu quotidien

Le troisième axe de la guidance psychopédagogique concerne le vécu quotidien des parents avec leur enfant et les attitudes pédagogiques qu'ils doivent adopter. Les TSA s'expriment par des symptômes variés allant des crises d'épilepsie aux automutilations en passant par les crises, les troubles du sommeil et les difficultés d'apprentissage dans tous les domaines confondus. Ces symptômes sont à l'origine de situations quotidiennes difficiles à gérer pour les parents qui ont besoin de se confier à ce sujet et d'être épaulés.

Le rôle du thérapeute est alors d'aider les parents à trouver des solutions concrètes aux problèmes qu'ils rencontrent. Un programme pédagogique adéquat est mis en place en combinant l'expérience et les connaissances générales du thérapeute ainsi que les connaissances des parents sur leur enfant. Les parents vont essayer ces nouvelles stratégies pédagogiques chez eux et en observer les résultats. Ils rapportent les évolutions constatées dans les comportements de l'enfant au thérapeute et, par tâtonnement, le programme pédagogique est modifié jusqu'à trouver les attitudes parentales les plus efficaces. Chaque enfant est unique et c'est pourquoi un programme pédagogique personnalisé est développé par le thérapeute et les parents. Le but pour les parents est de ne plus se laisser déborder par les comportements perturbateurs de l'enfant au quotidien. Un climat plus serein s'installe alors au sein du foyer, ce climat est favorable au développement de l'enfant (33).

Le thérapeute doit aider les parents à cerner les émergences de leur enfant, c'est à dire les zones dans lesquelles il possède une capacité de progression et que les parents doivent stimuler. Les stratégies pour stimuler ces émergences sont aussi discutées en séance de guidance. En effet, une sur-stimulation de l'enfant n'est pas bénéfique à son développement puisqu'elle peut entraîner chez lui un stress voire un dégoût pour certains apprentissages (33).

- La relation parent-enfant

Le quatrième axe du travail de guidance psychopédagogique s'intéresse à la relation parent-enfant. Il est important que le parent reste un parent et ne devienne pas seulement un éducateur pour son enfant. Cette idée rejoint celle selon laquelle une sur-stimulation de l'enfant n'est pas bénéfique à son développement. Même si l'enfant avec TSA manque de réciprocité sociale et se montre souvent peu affectif, il reste fondamentalement humain et a

besoin que ses parents lui témoignent leur amour. Les parents doivent veiller à instaurer des moments de partage avec leur enfant, à communiquer avec lui et ce même s'il ne semble pas y prêter intérêt. Pour Wintgens et Hayez, il faut « apprendre à vivre cet enfant comme sujet, pour peu à peu l'aider à accéder à une existence psychique en relation avec l'autre » (33).

Comme nous venons de le voir, la guidance parentale auprès des parents d'enfants avec TSA peut se construire autour de quatre axes de travail. Ces axes permettent de donner un cadre au thérapeute pour mener ses séances de guidance mais chaque guidance est unique et peut prendre d'autres formes. La guidance parentale doit avant tout répondre aux attentes des parents. Souvent ils ne parviennent pas à formuler clairement ces attentes dès les premières séances alors le thérapeute utilise cette trame prédéfinie pour initier le travail.

La guidance parentale permet à l'enfant avec TSA de développer ses compétences grâce à une attitude adaptée de ses parents à son égard. Pour les parents, la guidance est un soutien au quotidien, elle leur permet de conforter leurs stratégies éducatives et d'apprendre à mieux connaître les caractéristiques de leur enfant. Enfin, elle leur permet d'être attentifs aux répercussions de la présence de cet enfant avec TSA sur l'équilibre de leur famille, de leur vie de couple et leur équilibre psychique personnel.

b. L'accompagnement éducatif des parents

Le deuxième type de guidance développé pour les parents d'enfants avec TSA prend la forme d'un accompagnement éducatif. Les programmes mis en place dans ce cadre sont en fait une mise en application des séances de guidance psychopédagogique consacrées au vécu quotidien. La guidance parentale se déroule alors en présence de l'enfant, de ses parents et du thérapeute. Le but est d'enseigner aux parents les méthodes éducatives efficaces à adopter pour faire progresser leur enfant. Ces programmes de guidance sont destinés aux parents mais ils visent la progression de l'enfant. On considère alors que c'est par le biais des nouvelles compétences acquises par l'enfant que le bien être parental pourra augmenter (36,37).

On distingue trois types majoritaires de programmes éducatifs de guidance parentale :

- les programmes axés sur la communication (38–40).
- ceux qui visent la diminution des comportements problème (38,41–44).
- ceux dont le but est l’acquisition d’une nouvelle compétence par l’enfant (45–53) : voir III. Revue systématique de la littérature.

Ces programmes présentent souvent un déroulement similaire. Nous le reverrons plus en détail lors d’une étude de la littérature consacrée aux programmes visant l’acquisition de compétences par l’enfant.

c. Les apports de la guidance parentale

Comme nous l’avons vu, la guidance est un moyen d’accompagner les parents soit psychologiquement, soit dans l’éducation de leur enfant à besoins spécifiques. Nous allons maintenant nous intéresser aux résultats globaux des programmes de guidance parentale retrouvés dans la littérature. Pour cela, nous distinguerons les apports de la guidance parentale pour l’enfant, pour les parents et enfin pour la relation parent-enfant.

- Pour l’enfant

La plupart des programmes de guidance sont axés sur le développement des compétences sociales de l’enfant, par exemple la communication (38–40) ou encore la diminution des comportements problèmes (41–44). En raison de l’offre importante de ces programmes, c’est naturellement dans ces domaines que l’on retrouve les plus grands bénéfices pour l’enfant. Les troubles des interactions sociales, de la communication et les comportements problèmes constituant la définition même des TSA, il apparaît essentiel que les programmes de guidance parentale s’orientent sur ces compétences.

Néanmoins, il semble bon de relever que des programme ciblant des compétences de la vie quotidienne comme le brossage dentaire favoriseraient l'autonomie de l'enfant et apporteraient un réel confort aux parents dans leur quotidien. Il existe donc aujourd'hui un réel besoin de développer plus largement ce type de programme (36).

- Pour les parents

L'un des buts de la guidance parentale est d'être bénéfique aux parents d'enfants avec TSA. Certains programmes sont même uniquement axés sur cet objectif. Ces programmes sont appelés programmes thérapeutiques ou programmes de type *counselling*. Ils ne visent pas l'acquisition de nouvelles compétences par l'enfant mais l'acceptation d'être le parent d'un enfant avec TSA et la réduction de l'anxiété et du stress parental (54). En effet, comme l'ont montré Meadan et al. , les parents d'enfants avec TSA supportent une charge de stress supérieure à celle des parents d'enfants neurotypiques (37).

Les programmes de guidance parentale dits « éducatifs », axés sur la progression de l'enfant avec TSA, présentent eux aussi un intérêt pour les parents (37). En effet, en plaçant les parents au centre de l'éducation de leur enfant, ils augmentent le sentiment de compétence parentale ; s'en suit une diminution de l'anxiété et du stress parental (36).

Stipanovic et al ont étudié les effets du programme «Au-delà du TED : des compétences parentales à ma portée ». A partir de leurs observations, ils ont développé un modèle théorique des effets attendus pour les parents suivant un programme de guidance parentale. Ce modèle comporte trois temps. A court terme, d'abord, les parents augmentent leurs connaissances sur les TSA et les pratiques éducatives appropriées. Ils prennent conscience des caractéristiques de leur enfant mais aussi de leurs caractéristiques propres, de leur « être-parent » comme Hayez le qualifie (31). A moyen terme, ensuite, ils mettent en place les techniques enseignées avec leur enfant et bénéficient des premiers résultats de la guidance dans leur vie quotidienne. A long terme, enfin, ils ont le recul nécessaire pour adapter leurs pratiques éducatives à leur enfant et deviennent les meilleurs thérapeutes de ce dernier. Leur sentiment de compétence parentale augmente et leur stress diminue (54).

- Pour la relation parent-enfant

D'après l'étude menée par Audrée Jeanne Beaudoin sur l'influence des programmes de guidance parentale sur la relation parent-enfant, il s'agit du domaine pour lequel les résultats sont les plus significatifs (55). Ceci semble logique si l'on considère que la plupart des programmes de guidance parentale sont axés sur les interactions sociales, la communication et la prise en charge des comportements problématiques (36). En effet, une amélioration dans ces différents domaines ne peut qu'être bénéfique et renforcer la relation que les parents entretiennent avec leur enfant.

Audrée Jeanne Beaudoin a constaté que les effets les plus importants concernaient « l'engagement dyadique entre le parent et son enfant dans des périodes de jeu » (55). On peut supposer que ces périodes sont celles où le parent parvient le mieux à appliquer les stratégies étudiées lors de la guidance parentale. En effet, comme nous le verrons dans notre revue de la littérature, la plupart des programmes proposent de mettre en application les techniques enseignées lors de séances de jeux. Il pourrait être bénéfique de travailler davantage sur la généralisation de ces techniques à d'autres domaines, comme les compétences de la vie quotidienne (manger, s'habiller, faire sa toilette, se brosser les dents, etc).

Finalement, le rôle de la guidance parentale dans la relation parent-enfant est de fournir au parent les stratégies à mettre en place pour entrer en interaction avec son enfant. Ainsi le parent peut agir directement auprès de son enfant au lieu de compter sur une thérapie extérieure. Les techniques enseignées lors des programmes de guidance parentale facilitent les interactions entre le parent et son enfant au quotidien, dans la sphère familiale et en l'absence de thérapeute (45,55).

III. Revue systématique de la littérature

1) Objectifs

Après avoir posé le cadre théorique de la guidance parentale, nous avons cherché quelles pouvaient être ses mises en application et en quoi elle pouvait nous être utile dans la promotion de la santé orale. Nous avons réalisé une revue systématique de la littérature pour étudier les différents programmes de guidance parentale auxquels des parents d'un enfant avec TSA pouvaient participer, en France et dans le monde.

- Critères d'inclusion et d'exclusion

Pour être inclus dans notre revue systématique de littérature, les articles devaient :

- porter sur un programme de guidance parentale.
- comporter une description détaillée du programme de guidance parentale en question.
- concerner un programme visant l'acquisition par l'enfant d'une nouvelle compétence.
- concerner des parents d'enfant avec TSA .

Ont été exclu de l'analyse :

- les articles concernant des programmes de guidance axés sur la communication ou les comportements problématiques.
- les articles concernant les parents d'enfants avec des troubles comportementaux différents des TSA (hyperactivité, troubles de l'attention, schizophrénie, etc.).

- Recherche des articles

Afin de sélectionner les articles, une première recherche préliminaire a été effectuée sur Google Scholar avec les termes « Parental guidance program and ASD». Cette recherche a permis de mettre en évidence les mots clés qui nous ont servi à rédiger notre équation de recherche. Les mots clés sélectionnés ont été les suivants :

- Les différentes appellations de la guidance parentale : parental guidance program, therapeutic education program, parental skills training, parental coaching

- Les différents termes pour l'autisme : ASD, autism, PDD

La première équation de recherche établie a été la suivante :

("parental guidance program" OR "therapeutic education program" OR "parental skills training" OR "parental coaching") AND ("ASD" OR "autism" OR "PDD")

Cette équation de recherche a été entrée sur Pubmed. Une limite temporelle de 10 ans a été appliquée ainsi que les filtres « espèce humaine » et « enfant de moins de 18 ans ».

A l'analyse des premiers résultats nous nous sommes aperçu que beaucoup d'articles concernaient des programmes de soutien psychologique pour les parents d'enfant avec TSA. Hors, les programmes de guidance qui peuvent nous aider dans notre objectif de promotion de la santé orale sont ceux qui permettent à l'enfant avec TSA d'acquérir une nouvelle compétence comme le brossage dentaire. Nous avons donc décidé de cibler notre recherche sur ces programmes en ajoutant à notre équation de recherche l'expression « parental implemented program » qui fait référence aux programmes dirigés par les parents pour le développement de l'enfant. Afin d'obtenir des études comparables à l'apprentissage du brossage dentaire, nous avons également décidé d'exclure les programmes ciblés sur la communication. Notre équation de recherche a finalement été la suivante :

("parental guidance program" OR "therapeutic education program" OR "parental skills training" OR "parental coaching" OR "parental implemented program") AND ("ASD" OR "autism" OR "PDD") NOT ("communication")

Nous avons appliqué les mêmes filtres que précédemment dans Pubmed. Nous avons alors obtenu 154 résultats. Après lecture des titres et résumés de ces articles, nous avons retenu 34 articles pour une analyse plus détaillée. Nous avons choisi de nous concentrer sur les programmes de guidance dont la compétence ciblée pouvait s'apparenter au brossage dentaire, seuls 5 articles ont alors été sélectionnés. La recherche ascendante nous a permis de trouver 4 autres articles. Nous n'avons fixé aucune limite temporelle lors de la recherche ascendante. Finalement, notre étude s'est portée sur 9 programmes de guidance parentale.

Notre revue de la littérature peut être modélisée par le diagramme suivant :

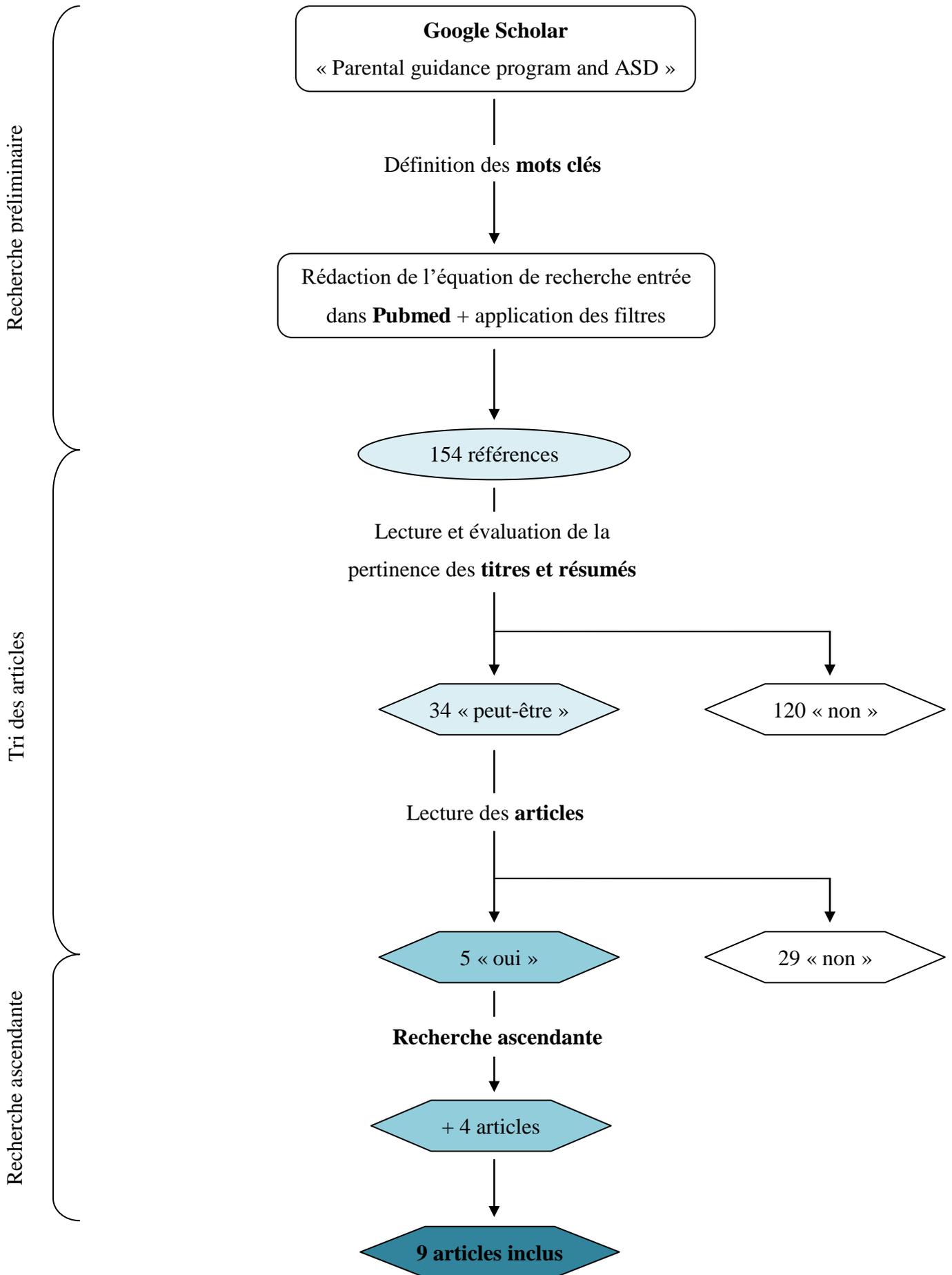


Figure 12 : Diagramme de flux de la sélection d'articles pour la revue systématique de la littérature

- Indicateurs étudiés

Nous avons établi une liste de critères à étudier pour l'analyse et la comparaison de ces différents programmes de guidance parentale : population de l'étude, compétence ciblée par le programme de guidance, durée et lieu où il se déroule, formateur, déroulement du programme, résultats observés à court et long termes lors de l'étude.

2) Résultats

Les informations recueillies pour chaque programme ont été consignées dans le tableau suivant ; NR signifiant non renseigné.

	Principaux auteurs	Année	Population de l'étude	Durée du programme	Type de programme +/- nom	Description succincte du programme					
						Compétence ciblée	Lieu	Formateur	Déroulement	Résultats	Maintien des acquis
1	Harrige, Blair, Miltenberger	2016	3 adolescents avec TSA et leurs parents	6 semaines environ	Formation aux compétences comportementales, BST (Behaviour Skill Training)	Respect des règles de sécurité routière en tant que piéton	Domicile puis différents types de carrefours à proximité du domicile des enfants	« chercheur »	Séances de formation de 10-15min délivrées aux parents à leur domicile avant chaque entraînement sur la voie publique, puis mise en application des techniques enseignées (diminution de l'étagage parental au cours de l'entraînement), rétroaction du chercheur lors de l'entraînement, séances filmées.	Augmentation des compétences ciblées chez les trois enfants	Maintien des compétences à un mois
2	Harrison, Long, Manji	2016	29 « parents » (mères, pères, grand-parents, oncles, grand-frères/soeurs) et 35 enfants avec TSA (plusieurs enfants avec TSA dans certaines familles), consultant une clinique temporaire de diagnostic en Tanzanie	L'ensemble de la formation s'effectue sur la même journée, juste après le diagnostic de TSA pour que les familles n'aient pas à revenir à la clinique, souvent située à plusieurs centaines de km de leur domicile.	Programme de formation rapide développé après une analyse des besoins spécifiques de la population	Informations générales sur les TSA aux parents et amélioration des compétences de base de l'enfant (imitation, contact visuel, etc) ainsi que des compétences du quotidien (s'habiller, faire sa toilette, etc)	Clinique de diagnostic tenue pour quelques semaines par des bénévoles dans le but d'augmenter la prise en charge des TSA en Tanzanie	Formation délivrée par un docteur en psychologie anglophone, spécialisé dans le travail avec les enfants atteints de TSA et leur famille. Traduction consécutive par un interprète Swahili si nécessaire.	Formation générale d'une heure dispensée à tous les parents avec traduction et support visuel puis possibilité pour les familles de participer à des modules complémentaires (10 modules proposés) selon les besoins spécifiques de leur enfant. Chaque module cible une compétence spécifique, le formateur montre aux parents les stratégies à mettre en place pour l'acquisition de la compétence ciblée. La mise en application sous la forme de jeux de rôles parent/enfant est encouragée si les parents disposent de suffisamment de temps.	Pas d'évaluation des compétences des enfants mais formation jugée utile par les parents.	NR
3	Kasari, Gulsrud, Wong	2010	19 parents et leur enfant avec TSA de 21 à 36 mois + 19 dyades contrôle	8 semaines	Intervention de médiation parentale à court terme	Engagement conjoint et jeu fonctionnel (nouveau jeu présenté à l'enfant et le parent doit lui apprendre à l'utiliser et conserver l'attention de l'enfant sur cette activité le plus longtemps possible)	Salle de jeux équipée	Étudiants diplômés en psychologie de l'éducation, expérimentés dans la prise en charge des enfants avec TSA	24 séances de 45 minutes, 3 séances par semaine pendant 8 semaines. 10 modules de travail, abordés les uns après les autres avec des rappels réguliers des acquis. Chaque séance se déroule avec un formateur, un parent et l'enfant. Le formateur commence par délivrer des instructions sur le module travaillé et des exemples puis le parent doit mettre en application les techniques enseignées lors d'une séance de jeu avec son enfant. Le formateur fait ensuite une rétro action de cette séance. Un support écrit correspondant à chaque module est fourni aux parents.	Augmentation des capacités d'engagement conjoint des enfants et diversification des activités de jeux fonctionnels	Maintien des acquis à un an

4	Kashinath, Woods, Goldstein	2006	5 enfants avec TSA d'âge pré scolaire (2 à 6 ans) et leur mère	35 séances soit 17 semaines environ	Programme personnalisé d'intervention précoce à domicile	Compétences de routines quotidiennes et communication	Domicile de l'enfant	Un intervenant principal qui est un orthophoniste avec une expérience de trois ans dans les interventions précoces à domicile et un étudiant assistant pour filmer les séances et participer à l'analyse vidéo	Un rdv téléphonique pour cibler les compétences que les parents souhaitent travailler avec leur enfant puis 2 séances de 60 à 90 minutes par semaine au domicile. 2 stratégies éducatives à mettre en place par les parents sont définies, l'intervenant les enseigne puis les parents doivent les appliquer. Stratégies enseignées via différentes méthodes : support papier, modélisation par l'intervenant, rétroaction verbale, rétroaction vidéo. Une stratégie est considérée acquise quand le parent l'utilise en autonomie trois séances de suite et est capable de la généraliser.	Augmentation des compétences par rapport au niveau de base chez 4 enfants	NR
5	Potvin, Prelock, Savard	2018	Un enfant avec TSA de 14 ans et ses parents	Durée nécessaire à l'acquisition de la compétence ciblée	Coaching et thérapie de contexte, CinC (Coaching in Context)	Activités quotidiennes (activité cible choisie par la famille)	Lieu choisi par la famille, selon l'activité ciblée, peut évoluer au cours des séances	Professionnels de santé (ergothérapeute, physiothérapeute, orthophoniste, assistant social, etc) dont un tient le rôle de coach, présent à chaque séance	Séances de coaching en trois phases : - état des lieux sur les problèmes rencontrés pour la compétence ciblée et les stratégies déjà testées - brainstorming des différentes stratégies possibles avec tous les membres présents - plan d'action jusqu'à la prochaine séance	NR	NR
6	Anan, Warner, McGillivray	2008	72 enfants avec TSA d'âge préscolaire (25 à 68 mois) et leur « parent » (mères, pères, une grand-mère et un soignant à domicile)	12 semaines	Intervention comportementale intensive précoce dispensée par les parents, Group Intensive Family Training (GIFT) Program	Programme individuel pour chaque enfant selon les compétences que le parent souhaite travailler en priorité.	Hands- On Parents Education (HOPE) center, centre ambulatoire de développement comportemental d'un hôpital de banlieue	Un analyste crée le programme individualisé de chaque enfant et supervise le programme. 4 membres du personnel expérimentés dispensent la formation aux parents (pendant le premier mois un membre du personnel travaille avec une dyade parent-enfant puis un membre pour deux dyades).	Formation de 180 heures délivrée en séances de 3h chaque jour de la semaine (hors WE). Les parents sont individuellement formés aux techniques d'analyse comportementale (renforceurs, chaînage, étayage, encouragements, généralisation du programme, etc) + mise en place d'ateliers pratiques sous forme de séances de jeux avec un ou plusieurs enfants (le formateur commence par montrer l'exemple) + 5h par semaine de mise en application des techniques enseignées au domicile, séances filmées pour que le formateur puisse faire rétroaction au parent. Le dernier mois, des proches de l'enfant peuvent être invités à participer au programme pour faciliter application au domicile.	Augmentation du fonctionnement cognitif et adaptatif des enfants	NR

7	Smith, Buch, Gamby	2000	6 garçons avec TSA âgés de 35 à 45 mois et leurs parents + 3 à 6 thérapeutes par enfant qui sont des étudiants de l'université locale volontaires (ou ami de la famille ou grands-parents) et n'ont aucune expérience précédente du programme	20 semaines de programme + suivi à 2-3 ans	Modèle de traitement UCLA développé par Lovaas	Répondre aux demandes, exprimer des demandes, imitation verbale et imitation non verbale	Domicile de l'enfant	Doctorant en psychologie avec une expérience de 8 ans du modèle de traitement développé par Lovaas	6 ateliers d'une journée pendant les trois premiers mois puis un atelier de deux heures par mois. Alternance de conférences théoriques de 20 min et de mises en applications avec l'enfant (jeux de rôles commentés par le thérapeute). Mise en place d'un Programme éducatif individualisé pour chaque enfant.	5 des 6 enfants ont rapidement acquis de nouvelles compétences au cours du programme	Seulement 2 des 6 enfants ont maintenu leurs acquis lors des tests à 2-3 ans
8	Solomon, Necheles, Ferch	2007	68 enfants avec TSA de 18 mois à 6 ans, dans le Michigan	1 an	Programme de formation parentale utilisant le modèle DIR/Floortime, The PLAY Project Home Consultation program (Play and Language for Autistic Youngsters),	Développement fonctionnel de l'enfant	Domicile de l'enfant	Consultants diplômés dans le domaine du développement de l'enfant ayant reçu un mois de formation intensive au programme	Présentation du programme aux parents lors d'un atelier d'une journée puis visites mensuelles des consultants au domicile pendant une demi-journée (3 à 4 heures) pour enseigner aux parents des méthodes éducatives basées sur le jeu. L'analyse vidéo est un élément clé de la formation. La formation utilise aussi la modélisation par le consultant aux parents ainsi qu'un programme d'entraînement papier détaillé avec des objectifs définis. Les parents doivent travailler avec leur enfant minimum 15 heures par semaine, sous la forme de séances de jeux de 20 minutes ou lors des activités du quotidien (repas, toilette, etc)	45,5% des enfants ont eu un développement fonctionnel « bon à très bon » pendant la durée de l'étude	NR
9	Wainer, Ingersoll	2015	5 enfants avec TSA âgés de 24 à 72 mois et leurs mères, résidant dans l'Ontario au Canada	35 jours en moyenne (de 21 à 73 jours selon les familles)	Programme hybride de télé santé, RIT (Reciprocal Imitation Training)	Capacité d'imitation spontanée	Domicile de l'enfant	NR	-une phase de formation en ligne en autonomie via un site internet spécialisé (4 leçons sous forme de diaporamas avec exercices de mise en application et questionnaire d'auto évaluation) - trois séances de coaching de 30min (séance de jeu de 10 minutes entre le parent et l'enfant et 20 minutes de rétroaction/analyse de pratique)	Augmentation du taux d'imitation spontanée chez les cinq enfants	Augmentation du taux d'imitation spontanée à 3 mois chez 3 enfants, retour au taux initial chez les 2 autres

Nous retrouvons une diversité des programmes de guidance parentale décrits dans la littérature ; cependant ceux-ci possèdent aussi un certain nombre de points communs.

La population des différentes études, tout d'abord, présente une importante diversité tant au niveau des origines que de l'âge ou du nombre. La plupart des études concernent une population occidentale (Etats-Unis, Canada...) (études 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9) mais Harrison et al ont travaillé sur un programme de guidance destiné à une population tanzanienne (étude 2). L'âge des enfants ayant participé aux différentes études est aussi très variable, les plus jeunes sont d'âge préscolaire (ie moins de 6 ans) (études 3, 4, 6, 7, 8 et 9) mais d'autres programmes s'adressent aux adolescents (études 1 et 5). Rappelons que le filtre « enfant de moins de 18 ans » a été appliqué pour cette revue de la littérature. La taille des échantillons de ces 9 études se situe entre une dyade parent-enfant (étude 5) et 72 dyades (étude 6).

La durée des programmes, quant à elle, varie de un jour à un an. On note que le programme d'une journée est un cas particulier, puisqu'il s'agit d'un programme spécialement développé pour les familles de Tanzanie, dans un contexte médico-social bien différent du nôtre (étude 2). De manière générale on peut conclure que les programmes de guidance parentale se déroulent sur plusieurs semaines mais n'excèdent pas un an.

Les compétences ciblées par les différents programmes de guidance étudiés sont très variables. L'aptitude d'imitation est travaillée dans plusieurs programmes (études 2, 7 et 9). Les compétences de la vie quotidienne sont également retrouvées à plusieurs reprises (études 2, 4, 5). Enfin, d'autres programmes laissent le choix aux parents de la compétence sur laquelle ils souhaitent progresser avec leur enfant (études 5 et 6).

Les programmes de guidance parentale peuvent se dérouler dans plusieurs lieux. On identifie trois types de lieux. D'abord ceux qui se déroulent dans des centres de formation spécialisés, ce sont alors les parents qui se déplacent auprès des professionnels (études 2, 3 et 6). Ensuite ceux qui se déroulent dans un lieu choisi en fonction de la compétence ciblée, par exemple dans la rue pour le programme qui cible la sécurité routière (études 1 et 5). Enfin, la majorité des programmes de guidance se déroulent au domicile familial. Ces programmes permettent au formateur d'observer l'enfant et ses parents dans leur cadre quotidien. Pour les parents et l'enfant, ces programmes sont moins stressants et plus proche de la réalité (études 1, 4, 7, 8 et 9).

Les formateurs qui dirigent les programmes de guidance sont, pour la plupart, des professionnels qualifiés dans le domaine de la psychologie, de l'éducation (orthophonistes) et du développement de l'enfant, spécialisés dans la prise en charge des TSA (études 2, 3, 4, 7 et 8). Un programme propose néanmoins de faire intervenir une équipe de professionnels constituée en fonction de la compétence travaillée (étude 5).

Chaque programme de guidance parentale est unique dans son déroulement mais on peut tout de même établir la trame d'un programme de guidance type à partir des éléments que l'on retrouve dans notre revue de la littérature. Le programme commence souvent par une formation théorique qui peut se dérouler individuellement ou collectivement (plusieurs familles), au domicile ou dans un centre, voire via un site internet en ligne (études 1, 2, 3, 4, 7, 8 et 9). Le but de cette phase est de présenter le programme aux parents et de définir les stratégies éducatives à adopter pour enseigner à l'enfant la compétence ciblée. Un support papier reprenant les informations délivrées lors de cette formation est souvent fourni aux parents (études 3, 4 et 8). La mise en application de ces stratégies est ensuite travaillée, la plupart du temps par des jeux de rôle avec l'enfant. Le formateur commence généralement par montrer l'exemple aux parents puis les laisse pratiquer. S'en suit alors une phase d'analyse de pratique avec une rétroaction du formateur sur la séance que le parent met en place. Cette rétroaction peut s'effectuer directement ou à posteriori si la séance a été filmée. Cette dernière méthode permet au parent de réaliser son auto critique avant d'entendre les commentaires du formateur. Enfin le parent doit travailler les différentes méthodes apprises avec son enfant au quotidien puis les généraliser à d'autres compétences, là encore un système de rétroaction vidéo peut être mis en place (études 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8 et 9). Généralement la fréquence des séances de guidance est assez élevée (plusieurs séances par mois) (études 1, 3, 4, 5, 6, 7 et 9). L'annexe 3 présente une extrapolation de ces résultats à travers l'exemple d'un programme de guidance ciblant l'apprentissage du brossage dentaire qui pourrait être mis en place.

Les programmes de guidance que nous avons étudiés permettent une augmentation des compétences de quasiment tous les enfants dans la compétence ciblée mais seules 4 études se sont intéressées au maintien des acquis dans le temps. Pour ces programmes, les compétences acquises sont globalement conservées à plus ou moins long terme (études 1, 3, 7 et 9).

3) Discussion

Nous commencerons par revenir sur la sélection des différentes études en rapport avec la compétence ciblée par les programmes de guidance. En effet, pour être inclus, les programmes devaient concerner des compétences pouvant être utiles ou s'apparenter à l'apprentissage de l'hygiène orale. Par exemple, dans le programme de Harriage, Blair et Miltenberger, on cherche à enseigner les règles de sécurité routière à l'enfant ; dans le cas du brossage dentaire, un certain nombre de règles seront également à respecter (étude 1). Les programmes visant le développement du jeu fonctionnel chez l'enfant ont été sélectionnés car ils renvoient à la capacité de l'enfant à utiliser un jeu dans sa fonction première (56) et dans le brossage dentaire on demandera à l'enfant une utilisation appropriée de son matériel d'hygiène orale (études 3 et 8). L'imitation réciproque est une compétence utile lors de l'apprentissage du brossage dentaire, en effet, si l'enfant montre le désir d'imiter son parent, il sera plus facile pour ce dernier de lui montrer l'exemple à suivre pour un brossage dentaire efficace (études 2, 7 et 9). Les programmes ciblant les routines quotidiennes ont retenu notre attention car le brossage dentaire doit faire partie intégrante de ces routines chez l'enfant (études 2, 4 et 5). Les programmes dont la compétence ciblée était laissée au choix des parents ont également été inclus car plusieurs études ont montré le désir des parents d'être formés à l'hygiène orale pour leur enfant (57,58) ; on peut donc imaginer qu'ils choisissent de travailler le brossage dentaire lors du programme de guidance (études 5 et 6).

Un programme de guidance parentale visant l'apprentissage du brossage dentaire constituerait un réel apport car peu de programmes ciblant directement des compétences du quotidien sont retrouvés dans la littérature. Nous n'avons d'ailleurs retrouvé aucune étude au sujet d'une guidance parentale pour l'apprentissage du brossage dentaire par un chirurgien dentiste. Ce manque de ressources a constitué une limitation certaine à notre travail de revue de la littérature car nous avons dû nous contenter de sélectionner des programmes dont les compétences ciblées pouvaient s'apparenter à celles nécessaires au brossage dentaire. La description des compétences travaillées en guidance parentale n'était pas toujours très détaillée ce qui a constitué un biais dans la sélection des articles que nous avons analysés. Schultz et al. ont eux aussi déploré cette pauvreté de la littérature lors de leur revue des programmes éducatifs pour parents d'enfants avec TSA (36).

Nous avons également constaté un manque d'études de grande ampleur sur les programmes de guidance parentale. Toutes les études analysées concernaient des populations de moins de cent enfants. Si les résultats obtenus en termes d'augmentation des compétences de l'enfant semblent prometteurs, des études de plus grande ampleur seraient nécessaires pour confirmer ces résultats et offrir aux programmes de guidance parentale une plus grande validité scientifique.

Comme le montre notre revue de la littérature, il existe de nombreux programmes de guidance parentale qui présentent chacun leurs spécificités. Toutefois, on retrouve fréquemment certains éléments qui nous ont permis d'établir la trame d'un programme de guidance type. La durée de ce programme serait de plusieurs semaines mais inférieure à un an (études 1 à 9, sauf 2), on retrouve d'ailleurs là l'un des éléments de la définition de la guidance parentale proposée par Jean-Yves Hayez : « il est rare qu'une guidance à rythme dense dure plus d'un an » (31). La méthode utilisée de manière prédominante en guidance parentale semble être l'analyse de pratique (études 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8 et 9). On note, par ailleurs, que l'on retrouve les fonctions d'étayage de Bruner parmi les stratégies éducatives enseignées aux parents en guidance parentale (études 1 et 6). La guidance vise à faire du parent le tuteur de son enfant pour l'acquisition d'une nouvelle compétence et sa maîtrise des fonctions d'étayage apparaît donc comme essentielle. Il semble aussi important de souligner que la plupart des programmes de guidance sont individualisés en fonction des demandes des parents et du niveau de compétences initial de l'enfant (études 4, 5, 6, 7 et 8). Ce niveau de compétences peut être évalué via différentes échelles, la VABS (Vineland Adaptive Behavior Scale) a fréquemment été retrouvée dans notre étude de la littérature car elle s'intéresse notamment aux habiletés de la vie quotidienne (études 6, 7 et 9). Si la demande des parents est axée sur la santé orale (57,58), on pourrait très bien imaginer l'intervention d'un chirurgien dentiste lors d'un programme de guidance car certains programmes proposent de faire intervenir une équipe pluridisciplinaire adaptée à la compétence ciblée (étude 5).

Dans leur étude, Solomon et al. mettent en exergue un autre apport de la guidance parentale, l'apport financier. En effet, la mise en place d'une guidance parentale nécessite des investissements minimes par rapport à la prise en charge intensive d'un enfant par un thérapeute pour un programme éducatif classique. Le programme étudié par cette équipe ne revient, par exemple, qu'à 2500 dollars par an (étude 8). Avec l'augmentation de la prévalence des TSA en France et dans le monde, il apparaît donc urgent de former les parents à devenir les « thérapeutes » de leur enfant (4).

Les inégalités géographiques représentent une autre limitation à la prise en charge des enfants avec TSA. Ceci est très bien souligné par Harrison et al. dans leur étude réalisée en Tanzanie (étude 2). Le développement de la guidance parentale dans certaines régions sous dotées en équipements médicaux présenterait sans aucun doute un apport considérable pour la prise en charge des enfants avec TSA. Elle semble, de plus, relativement facile à mettre en place dans les régions les plus reculées des pays développés car elle peut prendre la forme d'une formation de télésanté par ordinateur avec un système de vidéo pour l'analyse de pratique et la rétroaction à distance par le formateur (étude 9).

Enfin, la guidance parentale peut également être envisagée comme un complément aux programmes en structures éducatives « classiques » pour enfants avec TSA (prise en charge en établissement avec les méthodes ABA, Denver, TEACCH...) et semble être un moyen d'augmenter leurs efficacités. C'est ce que démontrent Rogers et al. dans une étude consacrée à un programme de guidance parentale destiné à potentialiser l'application de l'ESDM (Early Start Denver Model) chez des enfants avec TSA (59). Wallace et Rogers ont également souligné l'importance du coaching parental pour qu'une intervention éducative auprès d'enfants avec TSA soit efficace (60).

CONCLUSION

En conclusion de ce travail, on retiendra que le terme de « guidance parentale » est un terme global, pouvant faire référence à deux grandes catégories d'accompagnements :

- Un accompagnement psychologique, essentiel dans le cas des parents d'enfants avec TSA pour accepter ce diagnostic.
- Un accompagnement éducatif, fondé sur des méthodes d'apprentissage issues des théories de psychologues renommés tels que Vygotsky, Bruner ou Engeström.

C'est cet accompagnement éducatif qui peut être bénéfique à la promotion de la santé orale des enfants avec TSA. En effet, en enseignant aux parents les méthodes éducatives efficaces avec leur enfant à besoins spécifiques, ils pourront devenir les thérapeutes de ce dernier. Ainsi, ils seront en mesure de lui apprendre de nouvelles compétences comme le brossage dentaire ou l'examen dentaire.

Des programmes de guidance parentale ont été développés pour enseigner aux parents les méthodes éducatives efficaces avec leur enfant avec TSA. Ils se présentent généralement sous la forme d'un enseignement théorique dans un premier temps, puis d'une mise en application de cet enseignement au travers de séances d'exercices parent-enfant. Une analyse de pratique de ces séances est réalisée avec l'aide d'un professionnel pour permettre au parent de valider les nouvelles compétences acquises.

On déplore un manque de programmes de guidance ciblés sur l'apprentissage de compétences du quotidien telles que le brossage dentaire. Des études ont pourtant montré que la formation à la santé orale de leur enfant correspond à une demande des parents d'enfant avec TSA (57,58). Les chirurgiens-dentistes seraient alors des acteurs privilégiés dans ces programmes de guidance en y apportant leur expertise technique ; d'autant plus que la formation aux soins spécifiques en santé orale (notamment auprès des enfants avec TSA) fait partie du cursus des études en odontologie.

Par ailleurs, la prise en compte de l'expertise des parents est un engagement du 4^{ème} plan autisme (6). En effet, les TSA s'exprimant en symptômes multiples et variés, chaque enfant est unique et la connaissance qu'ont les parents de leur enfant doit être considérée comme une aide précieuse par les professionnels de santé dans leur exercice. Une coopération entre chirurgien-dentiste et parents doit s'installer.

La guidance parentale peut donc s'envisager sous trois angles : la guidance des parents auprès de leur enfant, celle des professionnels auprès des parents et celle des parents auprès des professionnels.

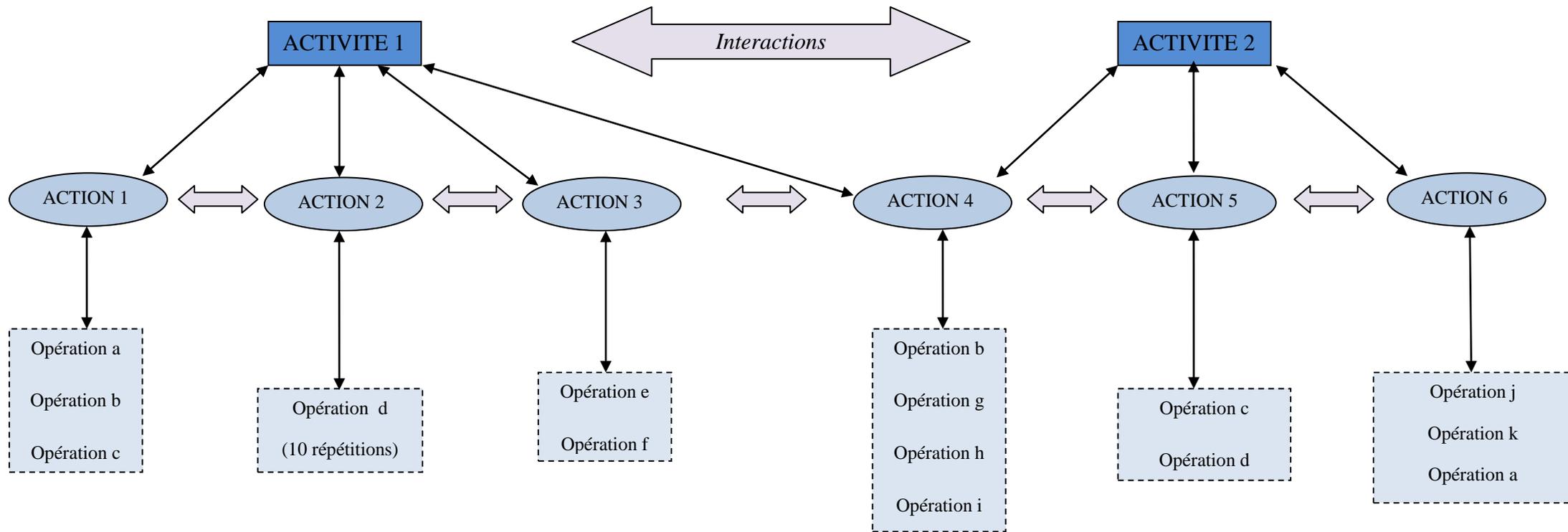
Bibliographie

1. Centre de Ressources Autisme Ile-de-France. Qu'est-ce que l'autisme ? [Internet]. [cité 9 sept 2019]. Disponible sur: <http://www.craif.org/6-generalites.html>
2. République française. Rapport IGAS N°2016-094R/IGEN N°2017-031 Evaluation du 3^{ème} plan autisme dans la perspective de l'élaboration d'un 4^{ème} plan, Annexes tome 2 [Internet]. Mai 2017 [cité 9 sept 2019]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2016-094r__tome_2_.pdf
3. Rouches A. Utilisation de l'application çATED comme médiateur de la prise en charge bucco-dentaire chez les enfants avec autisme [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche d'Odontologie; 2016.
4. Organisation Mondiale de la Santé. Principaux repères sur l'autisme [Internet]. 4 avril 2017 [cité 9 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders>
5. Inserm. Autisme [Internet]. 18 mai 2018 [cité 9 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/autisme>
6. Phantom. Comprendre l'autisme : les plans autisme [Internet]. [cité 9 sept 2019]. Disponible sur: <http://comprendrelautisme.com/les-acteurs/les-plans-autismes/>
7. Ivic I. Lev S Vygotsky. Perspectives, 1994;24(3/4):793-820.
8. Wikipédia. Psychologie du développement [Internet]. 14 janvier 2019 [cité 14 févr 2019]. Disponible sur: https://fr.wikipedia.org/wiki/Psychologie_du_d%C3%A9veloppement?fbclid=IwAR1yF1qDJbKtJAg6KYpuE12AenoyCOZQLrADo3W2t_4VnIlc0nF4LGIW8LM#cite_ref-43
9. Duval J. La rééducation à l'école : un temps "entre-deux" pour se (re)trouver, en (re)construisant son histoire et son identité "d'enfant - écolier - élève" [Internet]. [Thèse d'état]. [Lyon, France] : Université de Lyon 2. Institut des Sciences et Pratiques d'Education et Formation; 1998. [cité 14 févr 2019]. Disponible sur: <http://theses.univ-lyon2.fr/documents/lyon2/1998/jduval#p=0&a=top>
10. Scheuwly B, Bronckart J. Vygotsky aujourd'hui. Paris: Delachaux et Niestlé; 1985.
11. Lecomte J. Lev Vygotski (1896-1934). Pensée et langage. Sciences Humaines. [Internet]. Mars 1998;81 [cité 14 janv 2019]. Disponible sur: https://www.scienceshumaines.com/lev-vygotski-1896-1934-pensee-et-langage_fr_9754.html
12. Mercier C, Bourdon P, Lefer G. De l'outil à l'instrument : appropriation de l'application numérique çATED. Nouv Rev Adapt Scolar. août 2017;78(2):83-98.
13. Rivière A. La psychologie de Vygotsky. Collection Psychologie et sciences humaines, n°189. Liège : Editions Mardaga; 1990.

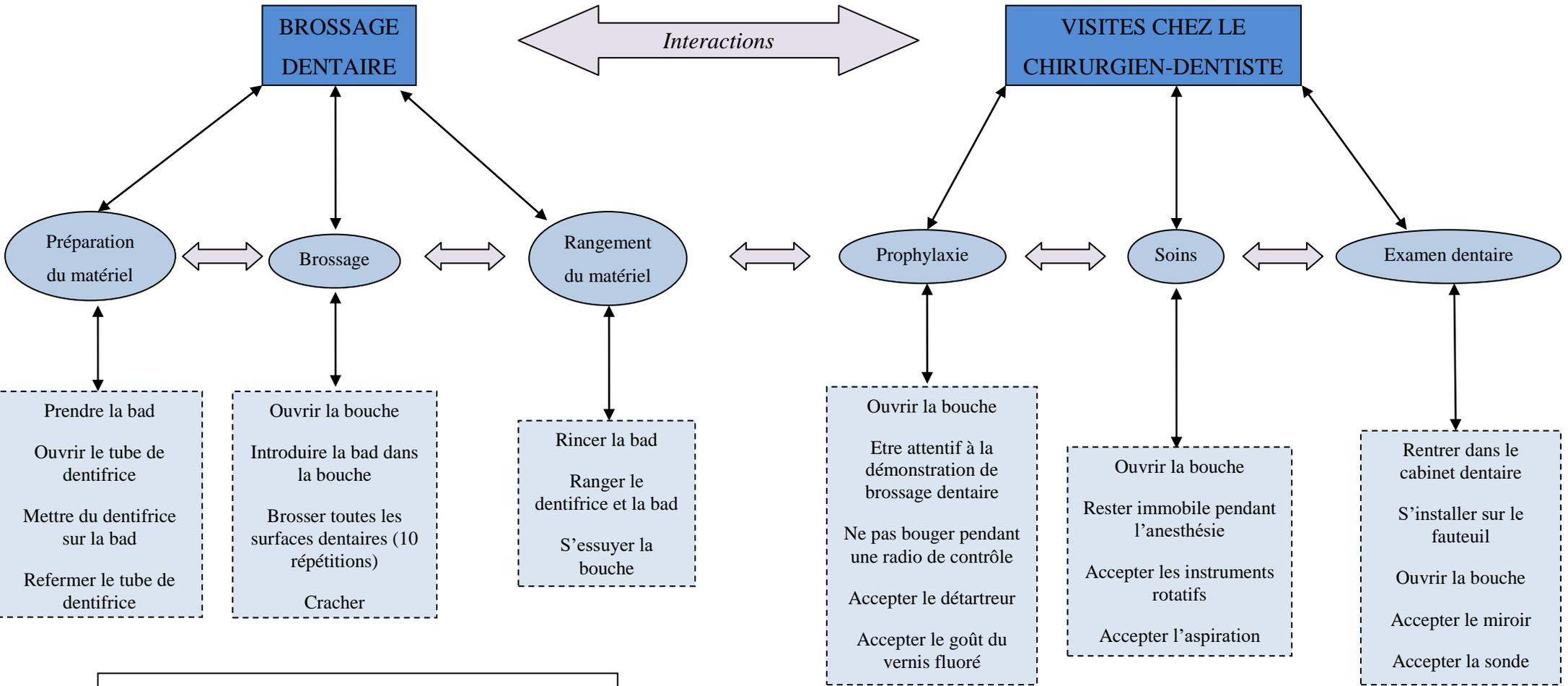
26. Quentin I. Le système général de l'activité d'Engeström [Internet]. 2012 [cité 14 janv 2019]. Disponible sur: <https://isabellequentin.wordpress.com/2012/09/16/le-systeme-general-de-lactivite-dengestrom/>
27. Class B. Introduction de l'innovation technologique dans l'éducation [Internet]. 2001 [cité 1 mars 2019]. Disponible sur: <https://tecfa.unige.ch/guides/tie/html/innovation/innovation-3.html>
28. Phil Lectures. Fondamentaux de l'approche activité Engeström [Internet]. [cité 14 janv 2019]. Disponible sur: http://www.academia.edu/12384002/Fondamentaux_de_lapproche_activit%C3%A9_Engestr%C3%B6m
29. Martel V. Émergence d'une communauté d'apprentissage en réseau à l'ordre primaire : l'activité de transformation d'un environnement d'apprentissage par la direction, les enseignants et les élèves (étude de cas). [Mémoire maîtrise en psychopédagogie]. [Canada]: Université de Laval. Département d'études sur l'enseignement et l'apprentissage; 2005.
30. Laupies V. La guidance parentale : ses liens avec la psychothérapie et la bienveillance. *Thérapie Fam.* 2004;25(4):521-9.
31. Hayez J-Y. *La Guidance Parentale : l'accompagnement des parents dans l'aide éducative et thérapeutique.* Toulouse: Privat; 1978.
32. Vinciguerra M, Garnier Y. *Le Petit Larousse Illustré.* Ed. 2004. Paris, France: Larousse-VUEF; 2003.
33. Wintgens A, Hayez J-Y. Guidance psychopédagogique des parents d'enfants atteints d'autisme. *Psychiatr Enfant.* 2006;49(1):207-26.
34. Houzel D. L'aide aux parents dans les traitements à domicile en psychiatrie du nourrisson. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* 1991;39(11-12):567-570.
35. Ciccone A. Enveloppe psychique et fonction contenante : modèles et pratiques. *Cah Psychol Clin.* 2001;17(2):81-102.
36. Schultz T, Schmidt C, Stichter J. A review of parent education programs for parents of children with autism spectrum disorders. *Focus Autism Other Dev Stud.* 2011;26(2):94-104.
37. Meadan H., Halle JW, Ebata AT. Families with children who have autism spectrum disorders: stress and support. *Except Child.* 2010;77(1):7-36.
38. Pillay M, Alderson-Day B, Wright B, Williams C, Urwin B. Autism spectrum conditions enhancing nurture and development (ASCEND) : an evaluation of intervention support groups for parents. *Clin Child Psychol Psychiatr.* janv 2011;16(1):5-20.
39. Dogan RK, King ML, Fischetti AT, Lake CM, Mathews TL, Warzak WJ. Parent-implemented behavioral skills training of social skills. *J Appl Behav Anal.* oct 2017;50(4):805-18.

40. Ingersoll B, Wainer AL, Berger NI, Pickard KE, Bonter N. Comparison of a self-directed and therapist-assisted telehealth parent-mediated intervention for children with ASD : a pilot RCT. *J Autism Dev Disord.* 2016;46(7):2275-84.
41. Kuravackel GM, Ruble LA, Reese RJ, Ables AP, Rodgers AD, Toland MD. Compass for hope: evaluating the effectiveness of a parent training and support program for children with ASD. *J Autism Dev Disord.* 2018;48(2):404-16.
42. Bagaiolo LF, Mari J de J, Bordini D, Ribeiro TC, Martone MCC, Caetano SC, et al. Procedures and compliance of a video modeling applied behavior analysis intervention for Brazilian parents of children with autism spectrum disorders. *Autism Int J Res Pract.* 2017;21(5):603-10.
43. Mazzucchelli TG, Jenkins M, Sofronoff K. Building Bridges Triple P: Pilot study of a behavioural family intervention for adolescents with autism spectrum disorder. *Res Dev Disabil.* mai 2018;76:46-55.
44. Moore TR, Symons FJ. Adherence to treatment in a behavioral intervention curriculum for parents of children with autism spectrum disorder. *Behav Modif.* nov 2011;35(6):570-94.
45. Kashinath S, Woods J, Goldstein H. Enhancing generalized teaching strategy use in daily routines by parents of children with autism. *J Speech Lang Hear Res.* 2006;49(3):466-85.
46. Potvin M-C, Prelock PA, Savard L. Supporting children with autism and their families. *Pediatr Clin North Am.* févr 2018;65(1):47-57.
47. Anan RM, Warner LJ, McGillivray JE, Chong IM, Hines SJ. Group Intensive Family Training (GIFT) for preschoolers with autism spectrum disorders. *Behav Interv.* 2008;23:165-80.
48. Kasari C, Gulsrud AC, Wong C, Kwon S, Locke J. Randomized controlled caregiver mediated joint engagement intervention for toddlers with autism. *J Autism Dev Disord.* sept 2010;40(9):1045-56.
49. Solomon R, Necheles J, Ferch C, Bruckman D. Pilot study of a parent training program for young children with autism: The PLAY Project Home Consultation program. *Autism.* mai 2007;11(3):205-24.
50. Harriage B, Blair KC, Miltenberger R. An evaluation of a parent implemented in situ pedestrian safety skills intervention for individuals with autism. *J Autism Dev Disord.* juin 2016;46(6):2017-27.
51. Harrison AJ, Long KA, Manji KP, Blane KK. Development of a brief intervention to improve knowledge of autism and behavioral strategies among parents in Tanzania. *Intellect Dev Disabil.* juin 2016;54(3):187-201.
52. Smith T, Buch GA, Gamby TE. Parent-directed, intensive early intervention for children with pervasive developmental disorder. *Res Dev Disabil.* 2000;21(4):297-309.
53. Wainer AL, Ingersoll BR. Increasing access to an ASD imitation intervention via a telehealth parent training program. *J Autism Dev Disord.* déc 2015;45(12):3877-90.

54. Stipanovic A, Couture G, Rivest C, Rousseau M. Développement des modèles théoriques d'un programme destiné à des parents d'enfants présentant un trouble du spectre de l'autisme. *J Develop Disabil*. 2014;20(3):19-29.
55. Beaudoin AJ. Les parents et leur enfant à risque de trouble du spectre de l'autisme bénéficiant d'un programme d'accompagnement parental [Internet]. [Thèse d'exercice]. [Sherbrooke, Canada]: Université de Sherbrooke. Faculté de médecine et des sciences de la santé; 2018. [cité 13 janv 2019]. Disponible sur : <https://pdfs.semanticscholar.org/39c5/1abeb323d218c38a624143d1b837b5e303b7.pdf>
56. Perrin J. Le jeu chez les enfants avec autisme [Internet]. Mars 2011 [cité 21 mai 2019]. Disponible sur: <http://www.psychomot.ups-tlse.fr/perrin2011.pdf>
57. Weil TN, Inglehart MR. Three- to 21-year-old patients with autism spectrum disorders: parents' perceptions of severity of symptoms, oral health, and oral health-related behavior. *Pediatr Dent*. 2012;34(7):473-9.
58. Stein LI, Polido JC, Najera SO, Cermak SA. Oral care experiences and challenges in children with autism spectrum disorders. *Pediatr Dent*. 2012;34(5):387-91.
59. Rogers SJ, Estes A, Vismara L, Munson J, Zierhut C, Greenson J, et al. Enhancing low-intensity coaching in parent implemented early start denver model intervention for early autism: a randomized comparison treatment trial. *J Autism Dev Disord*. 2019;49(2):632-46.
60. Wallace KS, Rogers SJ. Intervening in infancy: implications for autism spectrum disorders. *J Child Psychol Psychiatr*. 2010;51(12):1300-20.
61. Meirieu P. Faire l'école, faire la classe. 2^e ed. Issy-les-Moulineaux: ESF éditeur, 2006.
62. Joigneaux C. Vygotski Lev. Histoire du développement des fonctions psychiques supérieures. *Rev Fr Pédagog*. sept 2015;192(3):154-56.



ANNEXE 1 : Représentation de deux systèmes d'activités selon Engeström



LEGENDE :

-  Activités
-  Actions, *liste non exhaustive*
-  Opérations, *liste non exhaustive*

ANNEXE 2 : Représentation de deux activités de santé orale en suivant le modèle d'Engeström

	Acteurs	Lieu	Objectif	Matériel
Phase 1 <i>Enseignement théorique</i>	Chirurgien dentiste formé aux TSA Parents (une ou plusieurs familles)	Lieu de formation (cabinet dentaire, structure éducative...)	Enseigner aux parents la méthode du brossage dentaire chez l'enfant avec TSA ainsi que les méthodes d'apprentissage adaptées (ZPD, étayage, etc.)	Matériel de brossage Outils spécifiques (pictogrammes, vidéos, etc.)
Phase 2 <i>Mise en application</i>	Parents Enfant avec TSA	Domicile	Permettre aux parents de mettre en application avec leur enfant l'enseignement théorique reçu, dans un contexte du quotidien	Caméra Matériel de brossage Outils spécifiques fournis lors de la formation théorique
Phase 3 <i>Rétroaction</i>	Chirurgien dentiste formé aux TSA Parents	Lieu de formation ou domicile	Visualiser et corriger les erreurs des parents pour leur permettre d'améliorer l'apprentissage qu'ils dispensent à leur enfant	Lecteur vidéo
Phase 4 <i>Généralisation</i>	Parents Enfant avec TSA	Domicile	Généraliser les méthodes apprises à d'autres activités du domaine de la santé orale (réaliser un examen dentaire) ou de la santé globale (examen ORL, soins sous MEOPA...)	Matériel médical (par exemple sonde, miroir, masque de MEOPA...)

ANNEXE 3 : Exemple du déroulement d'un programme de guidance parentale ciblant l'apprentissage du brossage dentaire

LEXIQUE

Désétayage : D'après Meirieu, le désétayage est la « disparition progressive et contrôlée des étais », c'est-à-dire des ressources mises en place par le tuteur lors de l'étayage (61).

Enfant avec TSA : On entend par enfant avec TSA, un enfant présentant des troubles du spectre de l'autisme tels que décrits dans la 5e édition du Manuel diagnostique et statistique de l'Association américaine de psychiatrie (DSM-V).

Enfant neurotypique : On entend par enfant neurotypique, un enfant ne présentant pas de TSA.

Étayage : Pour Bruner, l'étayage se définit par « l'ensemble des interactions d'assistance de l'adulte permettant à l'enfant d'apprendre à organiser ses conduites afin de pouvoir résoudre seul un problème qu'il ne savait pas résoudre au départ » (22).

Fonction psychique supérieure : Vygotsky qualifie de fonction psychique supérieure les fonctions qui ne peuvent se développer indépendamment « du processus d'acquisition des moyens externes », par exemple le langage, l'écriture, le calcul, etc. Il distingue ces fonctions des fonctions psychiques « inférieures » ou « naturelles » qui, elles, se développent naturellement chez un enfant, par exemple manger (62).

SCHERER (Noémie) : La guidance parentale dans la promotion de la santé orale des enfants présentant un trouble du spectre autistique.

- 60 f. ; ill. ; 62 ref. ; 30 cm (Thèse : Chir. Dent ; Nantes : 2019)

RESUME :

Le développement de la guidance parentale est une directive des derniers plans autisme en France. Cette guidance prend la forme d'un accompagnement psychologique pour les parents d'enfants avec TSA ou d'un accompagnement éducatif. L'accompagnement éducatif est fondé sur les théories de l'apprentissage développées notamment par Vygotsky, Bruner et Engeström. Sa mise en application se fait sous la forme de programmes de guidance parentale basés sur l'analyse de pratique. Peu de programmes ciblant les compétences du quotidien telles que le brossage dentaire ont été développés. Ces programmes correspondraient à une demande des parents d'enfants avec TSA et seraient une aide dans la promotion de la santé bucco-dentaire de ces enfants à besoins spécifiques. En effet, plusieurs caractéristiques liées à l'autisme entravent l'hygiène et les soins bucco-dentaires chez ces patients.

RUBRIQUE DE CLASSEMENT : Pédodontie

MOTS CLES MESH :

Trouble du spectre autistique – Autism Spectrum Disorder

Pratiques éducatives parentales – Parenting

Santé bucco dentaire – Oral Health

Psychologie de l'éducation – Psychology, Educational

JURY :

Président : Professeur ALLIOT-LICHT B.

Directeur : Docteur LOPEZ-CAZAUX S.

Assesseur : Docteur DAJEAN-TRUTAUX S.

Assesseur : Docteur PRUD'HOMME T.

ADRESSE DE L'AUTEUR :

4 rue de Chevalier

17450 Fouras

noemie.scherer@hotmail.fr