

## Note de l'association Autisme France sur l'article 40 du PLFSS 2019

### Sur la forme :

L'article s'accompagne d'un décret en Conseil d'Etat dont nous n'avons pas eu connaissance.

Ni l'article ni le décret n'ont fait l'objet d'une concertation préalable avec les associations. Un groupe de travail réfléchit sur le cahier des charges, l'instruction et la convention-type avec les libéraux mais de manière indépendante de l'article et du décret.

Les députés ont-ils connaissance du décret et du cahier des charges en préparation ?

### Sur le fond :

Des articles de presse ont relayé de manière fautive le vote en première lecture du PLFSS et donc de l'article 40. Autisme : repérage précoce ou ergothérapeutes enfin pris en charge, voilà ce qu'on pouvait lire. Or, l'autisme n'est pas cité, et il n'est pas prévu de rembourser les paramédicaux libéraux ; il s'agit d'un parcours pour les 0-6 ans sur un an bilan et intervention avant diagnostic pour les TND. La notion de troubles neuro-développementaux n'est pas définie, et on ne sait pas sur quels outils pourront se faire le repérage de ces troubles (aucun outil validé) et le début d'intervention (aucune recommandation de bonne pratique en ce sens). Il existe des recommandations HAS pour l'autisme (diagnostic en 2018, interventions en 2012), pour le TDAH, et un parcours pour les troubles des apprentissages. Les troubles du développement intellectuel ont seulement fait l'objet d'une expertise INSERM. Ces différentes ne disent pas du tout la même chose, ni pour l'âge du diagnostic, ni pour la nature des interventions (voir annexe 2 en bas du document). Si le diagnostic est fiable pour l'autisme à 18 mois dans de nombreux cas, ce n'est absolument pas le cas pour les autres TND. Il n'y a donc aucune assise scientifique à ces plateformes qui diluent les spécificités des troubles dans un concept non défini de trouble neuro-développemental. C'est par ailleurs dangereux car le plan autisme 3 avait commencé à mettre en œuvre des services de proximité pour le diagnostic et l'intervention très précoces, dont le lien avec ces plateformes n'est pas prévu.

Ces plateformes vont proposer un forfait. On trouve dans l'exposé des motifs de l'article 40 : Il s'agit d'un forfait dont les contours vagues sont peu adaptés à l'autisme et non conforme aux recommandations diagnostiques et de bonnes pratiques.

"A dire d'experts, il est retenu que le forfait devra permettre le financement :  
- d'une consultation pour un bilan et des séances hebdomadaires de psychomotricien pour les enfants de moins de trois ans,

- d'un bilan neuropsychologique pour les enfants entre 3 et 5 ans, de séances d'ergothérapie pour les enfants de 5 à 6 ans, selon les troubles présentés."

Nous aimerions bien savoir quels experts ont été consultés et en quoi ce sont des experts, puisque, à l'évidence, ils n'ont lu aucune des recommandations existantes.

L'accès à la plateforme est soumis à prescription médicale (de médecins non formés en l'état). Si ces plateformes pouvaient servir de recours direct pour les familles qui ne trouvent aucune réponse à leurs inquiétudes, ce serait un progrès, mais ce n'est pas prévu. Et l'enfant qui, avant trois ans, aurait, grâce à la plateforme, un bilan correct se retrouverait au bout d'un an sans solution, vu la pénurie de sessads précoces et le non remboursement des libéraux ; les MDPH joueront-elles le jeu de la prise en compte de ces besoins post-plateformes ? Au vu de leur comportement qui trop souvent consiste à réduire les compléments et à laisser les familles à leurs dettes, on peut en douter. Bref, il reste à construire le parcours global alors que nous sommes déjà en 2018.

Par ailleurs, ces plateformes doivent s'appuyer sur les lignes 2 : CAMPS, CMP et CMPP, dont les compétences sont incertaines (le refus de respecter les recommandations autisme est sur le site de la Fédération des CMPP). Le rapport IGAS sur l'évaluation du plan autisme 3, rédigé par Mme Compagnon et Mme Corlay a souligné les insuffisances des CAMSP, CMPP, CMP en matière de diagnostic et d'interventions pour les TSA et les Troubles neuro-développementaux.

« Les financements prévus dans le plan autisme ont été très peu utilisés pour renforcer les CMPP : les ARS soulignent des difficultés de pilotage dues à l'absence de données d'activité précises, l'absence de connaissance des profils des enfants accueillis (au-delà du seul sujet de l'autisme), et la faible différenciation avec les CMP. En outre, les CMPP sont marqués par des délais de prise en charge très importants qui ne leur permettent pas une intervention précoce telle que préconisée par les RBP. Enfin, les ARS ont constaté que certaines équipes sont encore réfractaires à l'application des bonnes pratiques. Par ailleurs, des CMPP ont fait état de l'insuffisance des crédits de formation pour accompagner les changements de pratiques. Ainsi, des réseaux de proximité, qui pourtant accueillent de manière régulière des enfants avec des troubles neuro-développementaux ne sont pas encore partie-prenantes de la dynamique engendrée par le 3ème plan. » (Page 37)

« Dans un certain nombre de situations, des interventions sont proposées (psychomotriciens, orthophonistes, etc.), sans que pour autant un diagnostic soit posé. C'est le cas notamment lorsque les parents sont orientés vers les CAMSP, les CMP et les CMPP. Il apparaît que des interventions peuvent être proposées pendant plusieurs années sans que les familles se voient informées réellement d'un possible diagnostic, elles sont alors amenées à accepter des interventions sans réellement comprendre les objectifs thérapeutiques poursuivis. Des établissements et professionnels de santé continuent de rejeter « en bloc » l'application des bonnes pratiques si bien que la mission a pu avoir connaissance de difficultés à orienter des enfants de trois ans vers les UEM, par refus de diagnostic de certaines équipes. De même, des parents témoignent d'années passées sans avoir de réponse claire sur les troubles de leur enfant. La mission n'a pas d'éléments pour mesurer la proportion d'établissements dans cette situation. » (Page 40)

Le rapport proposait donc en recommandation 12 :

**Recommandation n°12 : Lancer un travail national d'évaluation, suivi d'une concertation avec les réseaux CMP, CAMSP et CMPP pour redéfinir leur positionnement dans le dispositif de premier recours en matière d'autisme, la mesure de leur activité et les moyens nécessaires pour accompagner leurs évolutions.**

Une mission IGAS a été consacrée à l'évaluation des CAMSP/CMPP/CMP : la FFDYS et Autisme France ont à cette occasion, avant leur audition par la mission IGAS, lancé une enquête-flash aux résultats éloquentes : absence fréquente de diagnostic, interventions largement orientées par la psychanalyse, accompagnement insuffisant à la scolarisation, absence de comptes rendus, et parfois signalement des familles qui refusent les soins psychanalytiques pour demander des interventions conformes aux recommandations.

Nous sommes donc très étonnés que le cahier des charges forfait précoce s'appuie sur les CAMPS, CMPP, CMP, sans même qu'ait été sérieusement évaluée leur aptitude à mettre en œuvre des bilans diagnostiques et des interventions conformes aux recommandations, alors que nous avons rappelé en réunion ces graves dysfonctionnements.

Nous attendons donc avec impatience la sortie de ce rapport qui n'est toujours pas publié : pourquoi ?

Les CAMSP, CMPP, CMP qui font leur travail (il y en a, même si pour les CMPP, c'est quasi inexistant) sont, de toute manière, eux-mêmes embolisés.

### **Annexe 1 : article 40**

"Pour l'accompagnement des enfants présentant un trouble du neuro-développement et la réalisation d'un diagnostic, un parcours de bilan et intervention précoce est pris en charge par l'assurance maladie.

Le parcours est organisé par des structures désignées par arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé parmi les établissements ou services mentionnés au 2°, 3° et 11° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ou les établissements mentionnés à l'article L. 3221-1 du présent code.

Les professionnels de santé mentionnés aux articles L.162-5 et L. 162-9 du code de la sécurité sociale, aux articles L. 4331-1 et L. 4332-1 du présent code et les psychologues peuvent conclure avec les structures désignées à l'alinéa précédent un contrat, conforme au contrat type défini par arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du handicap. Ce contrat prévoit notamment, pour chaque catégorie de professionnels, des engagements de bonnes pratiques professionnelles et les conditions de retour d'information à la structure désignée et au médecin traitant. Pour les professionnels mentionnés aux articles L. 4331-1 et L. 4332-1 et les psychologues, le contrat prévoit également les modalités selon lesquelles la structure désignée rémunère les prestations réalisées dans le cadre du parcours. La prise en charge du parcours est soumise à prescription médicale. Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions d'application du présent article."

Extrait de l'exposé des motifs :

"A dire d'experts, il est retenu que le forfait devra permettre le financement :  
- d'une consultation pour un bilan et des séances hebdomadaires de psychomotricien pour les enfants de moins de trois ans,

- d'un bilan neuropsychologique pour les enfants entre 3 et 5 ans, de séances d'ergothérapie pour les enfants de 5 à 6 ans, selon les troubles présentés."

## **Annexe 2 : ce que disent les recommandations existantes**

Voilà ce qu'on peut lire dans les recommandations existantes.

### **Recommandations HAS TDAH Décembre 2014 :**

L'évaluation de la prévalence en France varie en fonction de la méthode diagnostique et des critères de mesure utilisés. Une enquête téléphonique menée en 2011 a estimé à 3,5 % la prévalence du TDAH chez les enfants de 6 à 12 ans, et parmi eux 45,5 % présenteraient une dominante « trouble de l'attention », 35,9 % une dominante "hyperactivité-impulsivité" et 17,6 % présenteraient une combinaison des deux composantes (Lecendreux 2011).

Le diagnostic du TDAH est porté par un médecin spécialiste du trouble, c'est-à-dire ayant acquis une compétence dans le diagnostic et la prise en charge du TDAH. Ce peut être un médecin psychiatre, pédopsychiatre, pédiatre, neuro-pédiatre ou neurologue. Afin de simplifier la lecture il sera nommé dans ce document « **médecin spécialiste** ».

**Les modalités de la démarche diagnostique et de la prise en charge sont différentes chez les enfants de moins de 6 ans. En effet, le développement des fonctions exécutives s'effectue plus tardivement que celui d'autres fonctions cognitives, et leur évaluation avant l'âge de 6 ans reste difficile à interpréter.**

Ainsi, chez le jeune enfant de moins de 6 ans ayant, par exemple, un niveau d'activité élevé, des signes évocateurs d'un TDAH sont parfois difficiles à distinguer de comportements naturels en relation avec l'âge de l'enfant.

Parmi les outils existants, le groupe de travail propose d'utiliser, **à titre d'exploration**, l'échelle **SNAP-IV 26 Rating Scale** compte tenu de sa facilité d'accès et d'utilisation ou les **échelles de Conners** (parents et enseignants) dans leurs versions abrégées.

Reconnu récemment comme comorbidité, des études ayant montré l'importance de traiter les deux pathologies lorsqu'elles coexistent (58 % des personnes atteintes d'autisme et 85 % des personnes diagnostiquées sur le continuum de troubles du spectre autistique [précédemment dénommé syndrome d'Asperger] répondent aux critères du TDAH).

Les déficits attentionnels dans l'autisme ont tendance à être plus de type « ne pas écouter » et « difficulté à changer son point d'intérêt ». On observe aussi une fréquence plus élevée d'effets secondaires tels que la dysphorie.

Face à des plaintes ou difficultés évocatrices de TDAH, il est recommandé de détailler les caractéristiques de ces signes afin d'évaluer si elles sont bien conformes aux critères diagnostiques du TDAH, qui sont :

- **apparition des symptômes avant l'âge de 12 ans ;**
- **persistance des symptômes (déficit attentionnel, hyperactivité, impulsivité) au cours du temps (au minimum plus de 6 mois) ;**
- **répercussions négatives sur le fonctionnement familial, social, scolaire, extrascolaire, etc. de l'enfant ;**
- **survenue dans plusieurs milieux de vie (familial, scolaire, extra-scolaire, etc.).**

***Prise en charge non médicamenteuse***

La prise en charge non médicamenteuse comporte des mesures psychologiques, éducatives et sociales.

Le choix de ces prises en charge est à ajuster en fonction de leurs conditions d'accessibilité, ainsi certaines de ces prises en charge ne sont pas disponibles sur tout le territoire et un certain nombre d'entre elles ne sont pas prises en charge financièrement par la collectivité.

### **Expertise INSERM DI**

**En France, la déficience intellectuelle légère pourrait concerner entre 10 et 20 personnes pour 1 000 soit à 1 à 2 % de la population. La déficience intellectuelle sévère est quant à elle retrouvée chez 3 à 4 personnes pour 1 000.**

**La prévalence de la déficience intellectuelle atteint un plateau à l'âge de 15 ans en raison du temps nécessaire pour son repérage.** Toutes les études montrent une prévalence plus élevée chez les garçons que chez les filles. Le contexte socio-économique joue un rôle certain sur la prévalence de la déficience intellectuelle légère (DIL), avec une prévalence plus faible de la DIL dans les milieux socio-économiquement favorisés. Cet effet est beaucoup moins important pour la prévalence de la déficience intellectuelle sévère (DIS). **Parmi les facteurs de risque, la DI est plus fréquemment observée chez les enfants nés prématurés, et chez ceux présentant un retard de croissance intra-utérin. Une alcoolisation excessive durant la grossesse serait la cause environnementale la plus fréquente.**

En France, d'après les données des registres, les troubles neuro-développementaux associés à la DI sont essentiellement des déficiences motrices qui sont observées dans 19 % des DIS. Les échelles de développement précoce ont démontré leur intérêt dans le suivi organisé de groupes d'enfants vulnérables.

Cependant, l'évolution des versions successives des différents tests et leur validation posent des problèmes de concordance et de méthodologie pour les cohortes longitudinales. Pour l'utilisation en pratique clinique, la valeur prédictive individuelle des échelles de développement est faible. De même, la fiabilité des questionnaires parentaux pour détecter un retard de développement mérite une certaine prudence. Un autre frein à l'utilisation des outils est le temps de passation de ces échelles standardisées, malgré leur caractère dit « rapide ». La passation puis l'interprétation des tests requièrent un investissement personnel, une formation et une rémunération des professionnels. De ce fait, ces instruments de dépistage restent peu utilisés en pratique pédiatrique.

Une question importante concerne cependant l'âge à partir duquel le diagnostic positif de DI peut être posé. Il existe un consensus assez large dans la littérature scientifique pour considérer que la période de la petite enfance n'est pas adaptée à ce type de décision. Les quotients de développement obtenus aux épreuves d'évaluation de la petite enfance ne permettent pas de prédire avec une précision suffisante la valeur du QI quelques années plus tard. Un retard de développement dans la petite enfance (hormis les cas les plus sévères) ne se traduit pas nécessairement par une déficience intellectuelle quelques années plus tard.

Le taux de troubles du spectre autistique dans les populations atteintes de DI serait compris entre 18 et 40 %, et la prévalence des TSA augmenterait avec la sévérité de la DI. La présence de TSA serait sous-estimée dans les populations adultes. Le diagnostic présente une difficulté supplémentaire du fait du recouvrement des symptômes, responsables d'un déficit dans le

repérage de ces troubles. Par ailleurs, la co-existence DI-TSA pourrait augmenter le risque de troubles neuro-développementaux et affectifs.

La prévalence du TDAH chez les DI est également supérieure à celle estimée en population générale (de l'ordre X 8, soit entre 11-50 % chez les enfants et adolescents avec DI *versus* 5 % en population générale jeune). Ces taux sont généralement plus élevés dans la DIL. Chez les adultes avec DI, ce taux serait de 15 % pour 2-4 % en population générale adulte.

### **Guide HAS DYS**

L'estimation de la prévalence des troubles spécifiques des apprentissages est rendue difficile par les choix des seuils et des outils d'évaluation utilisés. Les estimations globales issues d'études internationales révèlent des troubles fréquents de l'ordre de 8 % des enfants par classe d'âge pour l'ensemble des troubles.

#### **Repérage dès la petite enfance**

**Par les parents** qui pourront en informer les professionnels de la petite enfance (assistantes maternelles, etc.) les enseignants, les professionnels de l'Éducation nationale, et les professionnels de santé. L'utilisation d'outils d'aide au repérage, en particulier des questionnaires est possible.

**Par les professionnels de la petite enfance** qui pourront en informer les parents en cas de difficultés dans l'un ou l'autre des domaines cognitifs.

**Par les enseignants** sur la base d'évaluations normées ([Eduscol](#)). L'enseignant peut être accompagné par les enseignants des Réseaux d'aides spécialisées aux élèves en difficulté (quand ils sont présents sur le secteur), et par les psychologues de l'Éducation nationale.

**Par le médecin de l'enfant, le médecin de la PMI ou de l'éducation nationale (parfois en lien avec l'infirmier et le psychologue de l'éducation nationale)**, en présence de signes d'alerte lors de consultations médicales réalisées aux âges clés du développement (examens à 9 mois, 24 mois, 36 mois, 4 ans, 5 ans et 6 ans), devant toute difficulté dans le développement :

- du langage oral :

dès 18 mois en l'absence de mot signifiant, ou de suspicion de trouble de la communication verbale et non verbale, en cas de plainte isolée :

- dès que les difficultés sont sévères,

- et particulièrement à 5 ans si difficultés persistantes ;

- du graphisme et de la motricité :

dès 4-5 ans en cas de difficultés avec retentissement scolaire ou dans la vie quotidienne, particulièrement à 7 ans et après (Pour l'écriture, l'organisation, la manipulation des outils) ;

- du langage écrit : dès le CP si les étapes de déchiffrement et de transcription ne sont pas en adéquation avec l'évolution attendue, particulièrement en CE1 et après ;

- du calcul : dès le CP en cas de difficultés sévères et après tout au long de la scolarité ; face à des difficultés d'attention, une hyperactivité motrice, et une impulsivité.

Selon le trouble, l'analyse de la gêne constatée et en référence aux âges clés développementaux, différents types de rééducations sont envisagées sur prescription médicale.

### Trouble spécifique du langage oral : orthophonie

Dès que possible: en cas d'inintelligibilité et/ou d'agrammatisme ou de trouble de la compréhension.

Après 3 ans : si le bilan confirme l'existence ou la persistance d'un trouble spécifique du langage oral.

### Trouble spécifique du langage écrit : orthophonie

La rééducation orthophonique est indiquée :

Dès le début du CP en cas d'antécédents personnels et familiaux de troubles du langage oral ;

Dès le milieu du CP en cas :

d'amélioration insuffisante en lecture malgré la mise en oeuvre d'une pédagogie différenciée, d'absence de décodage au cours du 2e trimestre ;

Dès le CE1 si le décodage et/ou l'encodage restent imprécis, lents.

### Trouble spécifique de la cognition mathématique

En fonction des troubles, l'intervention orthophonique peut être complétée d'une rééducation simultanée ou successive en neuropsychologie, ergothérapie ou psychomotricité. Le choix de l'intervenant pour la rééducation dépend du contexte cognitif du trouble, la comorbidité étant élevée avec les troubles d'acquisition du langage écrit, les troubles du langage oral et ou de l'organisation du geste, les troubles exécutifs et aggravant la situation d'échec de l'enfant.

### Trouble d'organisation du geste (Inclus dans Troubles développemental des coordinations selon le DSM5)

Une **rééducation en ergothérapie et/ou en psychomotricité** pourra être indiquée dès que des difficultés porteront sur la sphère sensorimotrice et/ou visuo-spatiale avec des répercussions dans la scolarité ou dans la vie quotidienne.

Une **rééducation en orthophonie** pourra être indiquée en cas d'association d'un trouble du graphisme avec un trouble de l'orthographe.

En cas de difficultés persistantes suite aux interventions pédagogiques différenciées, cette rééducation sera menée le plus tôt possible (dès le début du CP).

### Recommandations diagnostiques TSA enfants (janvier 2018)

#### Signes d'alerte majeurs de TSA

##### Quel que soit l'âge

- Inquiétude des parents concernant le développement de leur enfant, notamment en termes de communication sociale et de langage
- Régression des habiletés langagières ou relationnelles, en l'absence d'anomalie à l'examen neurologique

##### Chez le jeune enfant

- Absence de babillage, de pointage à distance ou d'autres gestes sociaux pour communiquer à 12 mois et au-delà (faire coucou, au revoir, etc.)
- Absence de mots à 18 mois et au-delà
- Absence d'association de mots (non écholaliques) à 24 mois et au-delà

## **Autres signes d'alerte**

### *Avant 18 mois*

Chez l'enfant de moins de 18 mois, il n'existe à ce jour aucun marqueur pathognomonique d'une évolution vers un TSA.

Dans cette tranche d'âge, certaines difficultés (ou particularités) autres que liées à la communication de l'enfant peuvent toutefois avoir valeur d'indices précoces d'un trouble du neuro-développement (TND). Il peut s'agir de particularités dans les domaines suivants :

- le niveau de vigilance (« enfant trop calme ou irritable ») ;
- le sommeil (délais excessifs d'endormissement ou réveils) ;
- la diversification alimentaire (refus de textures ou d'aliments nouveaux, rituels alimentaires) ;
- la régulation des émotions (crises de colère inexplicables) et l'ajustement tonico-postural (« n'aime pas » être pris dans les bras) ;
- le développement de son répertoire moteur ;
- l'exploration inhabituelle des « objets » de l'environnement, humain et physique, et ceci, quelle que soit la modalité sensorielle mobilisée (par exemple pour aligner des objets ou éteindre/allumer la lumière).

La persistance de tels indices, de même que les signes d'alerte majeurs (cf. encadré 1), nécessite l'examen approfondi de l'ensemble des domaines de développement de l'enfant, incluant la communication sociale.

### *Autour de 18 mois*

Les signes d'alerte de TSA sont plus facilement identifiables autour de 18 mois, même s'ils peuvent être présents beaucoup plus tôt, dès environ 12 mois (cf. encadré 1).

Il s'agit en particulier de difficultés dans les domaines suivants :

- engagement relationnel (avec les parents et les pairs) ;
- attention et réciprocité sociale (initiation, réponse et maintien de l'attention conjointe, regard adressé, sourire partagé, pointage à distance coordonné avec le regard) ;
- réactivité sociale (réponse au prénom) ;
- langage réceptif (compréhension de consignes simples) et expressif (syllabes répétées, puis utilisation régulière et adaptée de plusieurs mots) ;
- jeu socio-imitatif et symbolique ;
- réponses sensorielles (recherche ou évitement de sensations)

## **Recommandations de bonnes pratiques TSA enfants (mars 2012)**

### **Interventions précoces recommandées débutées avant 4 ans**

#### **Interventions auprès de l'enfant**

Des projets personnalisés fondés sur des interventions précoces, globales et coordonnées, débutées avant 4 ans, dans les 3 mois suivant le diagnostic de TED, sont recommandés pour tous les enfants avec TED, qu'il y ait ou non retard mental associé (grade B).



Ces interventions globales visent le développement du fonctionnement de l'enfant et l'acquisition de comportements adaptés dans plusieurs domaines, en priorité dans les domaines suivants : sensoriel et moteur, communication et langage, interactions sociales, émotions et comportements (grade B).

Dès qu'un trouble du développement est constaté et lorsque les interventions globales ne sont pas disponibles dans les 3 mois suivant le diagnostic, il est recommandé de proposer dans un premier temps aux parents et à leur enfant des interventions ciblées sur le développement de la communication et du langage, afin d'améliorer les interactions sociales entre l'enfant et son environnement (grade C). La mise en oeuvre d'interventions globales doit ensuite prendre le relais dès que possible.

Sont recommandées auprès de l'enfant les interventions personnalisées, globales et coordonnées débutées avant 4 ans et fondées sur une approche éducative, comportementale et développementale (grade B). Les interventions globales recommandées au regard des preuves de leur efficacité ou de l'expérience professionnelle présentent les critères suivants. Elles sont :

- précoces, elles débutent entre l'âge de 18 mois et 4 ans, pour des enfants avec diagnostic de TED ou pour lesquels un TED est suspecté (troubles du développement pouvant évoluer vers un TED) et durent au minimum 2 ans (grade B) ;
- personnalisées et définies en fonction de l'évaluation initiale et continue du développement et du comportement de l'enfant suivi et tenant compte du développement typique dans les différents domaines (grade B) ;
- fondées sur des objectifs fonctionnels à court et moyen terme, ajustés au cours d'échanges entre la famille, les professionnels qui mettent en oeuvre les interventions et ceux qui en assurent la supervision (grade B) ; ces interventions visent au minimum l'imitation, le langage, la communication, le jeu, les capacités d'interactions sociales, l'organisation motrice et la planification des actions et les capacités adaptatives des comportements dans la vie quotidienne (grade B) et comportent des stratégies pour prévenir ou réduire la fréquence ou les conséquences des comportements problèmes (grade C) ; elles tiennent compte également des domaines émotionnel et sensoriel (accord d'experts) ;
- constamment attentives à promouvoir la généralisation et le transfert des acquis à des situations nouvelles et comportent une transition graduelle vers des environnements notamment sociaux de plus en plus larges et ordinaires (grade B) ; pour ce faire, les interventions peuvent être également pratiquées au domicile si les parents en sont d'accord, puis dans d'autres lieux (accord d'experts) ;
- mises en oeuvre par une équipe formée et régulièrement supervisée par des professionnels qualifiés et expérimentés (grade B) utilisant un mode commun de communication et d'interactions avec l'enfant, afin de faciliter sa compréhension du monde et des comportements des individus qui l'entourent et ce, malgré la diversité des domaines de compétences visés par les interventions globales (accord d'experts) ; une intervention globale ne peut pas consister en une juxtaposition de pratiques éducatives, pédagogiques, rééducatives ou psychologiques avec des techniques très hétérogènes ou éclectiques (grade B) ;