

## MODELE D'INTERVENTION PRECOCE DE DENVER

### Early Start Denver Model (ESDM)

Cette fiche, réalisée par un expert du domaine, a pour objectif de fournir une présentation succincte de la thématique. Elle s'adresse en premier lieu à des personnes désireuses de découvrir le sujet, en leur fournissant les points essentiels à connaître et en leur donnant l'envie d'en savoir plus. Nous vous invitons également à vous référer aux différentes « Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles » pour connaître la position de la Haute Autorité de Santé sur cette question.

#### TYPE :

Approche globale développementale conçue spécifiquement pour les **jeunes enfants** considérés comme à risque ou présentant un Trouble du Spectre Autistique.

#### ORIGINE :

Il a été créé aux Etats Unis par Geraldine DAWSON et Sally ROGERS, à la suite de leurs travaux de recherche et de leur expérience clinique auprès d'enfants avec TSA. Le modèle de Denver, qui sert de base à l'ESDM, a été développé dans les années 1980. L'ESDM a vu son efficacité prouvée lors d'une première étude parue en 2010.

#### DATE D'IMPLANTATION EN FRANCE :

La traduction française de l'ouvrage est parue en 2014. Avant cette date, quelques praticiens français avaient pu être formés. C'est un modèle qui est en cours de développement en France. [La liste des thérapeutes accrédités est disponible via ce lien.](#)

#### RÉFÉRENTIELS THÉORIQUES :

L'ESDM s'appuie sur des recherches récentes ciblant notamment les particularités du fonctionnement du cerveau des jeunes enfants avec TSA. L'ESDM a été créé en tenant compte de différentes approches déjà existantes, et s'appuie sur des hypothèses liées au développement atypique de ces enfants. Il articule ainsi :

- Le modèle de DENVER (Rogers, 1981)
- L'hypothèse du déficit d'attention et de motivation sociale (Dawson, 1984)
- L'hypothèse de déficit d'imitation (Rogers, 1991 ; Stern 1985)
- Les procédures et stratégies de l'ABA, et certains modèles qui en sont issus tels que le Pivotal Response Training (Koegel, 1982), le Soutien au Comportement Positif ou PBS (Durand, 1985 ; Duda, 2004) l'enseignement incident

#### INDICATIONS ET POPULATION CONCERNÉE :

Ce modèle s'adresse à des enfants présentant les caractéristiques suivantes :

- Âge développemental d'au minimum 7-9 mois, et maximum 60 mois, mais plus adapté avant 4 ans
- Âge réel inférieur à 60 mois
- Capacité à réaliser des actions simples type moyen-but

### **OBJECTIFS DU MODELE :**

C'est un modèle global et développemental, qui cible donc tous les domaines du développement. L'objectif de l'ESDM est de rétablir au mieux les trajectoires de développement des enfants, de les ramener le plus possible dans le circuit d'apprentissage social. En effet, les jeunes enfants se développent en interaction avec les adultes et les pairs qui les entourent, ce qui pose problème aux enfants présentant des TSA. Avec l'apparition de l'intérêt plus spontané pour les aspects sociaux, les enfants bénéficient des opportunités d'apprentissage qui leur faisaient défaut, et le développement peut retrouver un rythme le plus proche possible de la normale. Un effet collatéral de ce modèle considéré par les auteurs est la diminution des symptômes des TSA.

Ainsi, même s'il s'agit d'un modèle global, l'ESDM vise tout particulièrement le domaine des interactions sociales pour amener l'enfant à développer des apprentissages spontanés et autonomes. Ainsi, l'ESDM va mettre l'accent sur :

- La communication verbale et non verbale
- Les compétences sociales
- L'imitation
- Le développement du jeu

### **DESCRIPTION ET APPLICATION :**

La relation dyadique et le jeu sont au cœur de la prise en charge, avec une réceptivité et une sensibilité de l'adulte aux besoins de l'enfant. L'ESDM priorise les initiatives, les échanges sociaux, la réciprocité et utilise la motivation intrinsèque pour aller plus loin. La relation sociale devient motivante, les activités sont motivantes. Le recours aux renforçateurs externes et à la structuration peut être envisagé mais dans un second temps, si les progrès ne sont pas suffisants. Des arbres décisionnels guident les professionnels dans le niveau d'adaptation

La mise en œuvre de l'ESDM démarre par une évaluation non standardisée au moyen d'une liste de contrôle (comprenant un entretien parental, et une observation de l'enfant a minima, pouvant être complété par des informations d'une autre personne qui connaît l'enfant). La liste de contrôle reprend différents niveaux de développement, et balaye les différents domaines (par exemple : autonomie, communication, jeu...). Cette évaluation très précise permet de construire un projet comportant des objectifs fonctionnels et interdépendants répartis dans tous les domaines du développement. Des évaluations complémentaires spécifiques à chaque profession peuvent venir compléter le projet, notamment dans les moyens concrets mis en œuvre pour atteindre les objectifs (adaptations, procédures, etc...). L'apport pluridisciplinaire reste indispensable.

La prise en charge se réalise dans un environnement le plus naturel possible, avec des jouets déjà présents dans le milieu de vie de l'enfant (domicile, lieu de garde) : petites voitures, cubes, constructions, jeux de cause à effet, encastremets, dinettes, etc... Elle est structurée par des routines sociales et sensorielles, avec ou sans objet. Les interventions peuvent durer d'une heure à deux heures selon l'âge et la fatigabilité de l'enfant.

A noter qu'il existe aussi un programme à destination des parents, disponible dans l'ouvrage « L'intervention précoce en autisme pour les parents avec le modèle de Denver » de Sally J. ROGERS ; Geraldine DAWSON ; Laurie A. VISMARA ; Bernadette ROGE. Paris : Dunod, 2016. Les professionnels peuvent également accompagner les parents sous forme de « coaching parental » pour qu'ils mettent en pratique les principes du modèle eux-mêmes à la maison.

Les auteurs ont également créé un contenu gratuit pour les parents en ligne (Help is in your hands) sous forme de leçons avec des illustrations vidéo et des tâches à faire dans le quotidien (en anglais uniquement).

### **RESULTATS APPORTES :**

Les objectifs ciblant l'ensemble des domaines du développement, on s'attend à des progrès dans tous les domaines. Les projets des enfants sont rédigés tous les 3 mois, et visent des objectifs atteignables par l'enfant dans ce laps de temps.

#### **IL EST IMPORTANT DE :**

- Vérifier que les progrès de l'enfant ont bien lieu. Si une absence de progrès est constatée, il est nécessaire de modifier le plan d'intervention et/ou les stratégies.
- Associer la famille au projet, sous la modalité qui lui convient.
- Ne pas utiliser l'ESDM pour des enfants plus âgés. Le style interactif n'est pas adapté.
- S'auto-évaluer et/ou d'être supervisé pour s'assurer d'être un thérapeute fidèle au modèle.

#### **OUTILS D'ÉVALUATION ASSOCIÉS :**

- Liste de contrôle de l'ESDM (se trouve à la fin de l'ouvrage « L'intervention précoce en autisme, le modèle de Denver pour jeunes enfants » de Sally J. ROGERS ; Geraldine DAWSON ; Bernadette ROGE. Paris : Dunod, 2013)
- Grille de fidélité du thérapeute (se trouve à la fin de l'ouvrage « L'intervention précoce en autisme, le modèle de Denver pour jeunes enfants » de Sally J. ROGERS ; Geraldine DAWSON ; Bernadette ROGE. Paris : Dunod, 2013)
- Tout autre outil d'évaluation recommandé peut venir compléter l'évaluation, en fonction du profil de l'enfant.

#### **ETUDES SCIENTIFIQUES / PUBLICATIONS :**

L'ESDM est une prise en charge dont l'efficacité a été démontrée dans une première étude (Dawson, Rogers & al, 2010) en essais randomisés. Les jeunes enfants (1- 4 ans), suivis en ESDM ont gagné après 2 ans de prise en charge 17, 6 points de QI, tandis que le groupe contrôle, suivi en service médico-social avait gagné 7 points en moyenne.

Une étude de 2012 (Dawson, Jones & al) a quant à elle montré une activité cérébrale normalisée face à des stimuli de visage vs des objets, avec amélioration du comportement social chez les jeunes enfants avec diagnostic d'autisme suivis en ESDM. Une étude de 2015 (Estes, Munson, Rogers, Greenon, Winter & Dawson), sur le maintien des compétences deux ans après l'intervention précoce montre également une diminution des symptômes de l'autisme pour le groupe ESDM comparativement au groupe communautaire ayant reçu le même nombre d'heure d'intervention. Il n'y a pas de différence au niveau intellectuel en revanche. Après l'intervention initiale, le groupe ESDM a reçu moins d'heures de prise en charge que le groupe contrôle. Ces résultats indiqueraient qu'une prise en charge précoce en ESDM permet de réduire le temps ultérieur d'intervention. Le coût pour les autorités de santé s'en trouverait réduit, pour aboutir à un résultat non seulement équivalent au niveau intellectuel, mais surtout amélioré pour la symptomatologie de l'autisme.

Une recherche multicentrique est actuellement en cours en France pour évaluer l'efficacité de l'ESDM pour 12h de prise en charge individuelle par semaine.

A ce jour, il n'existe toujours pas de données permettant d'identifier l'intensité idéale pour la prise en charge. Une [étude randomisée parue en 2020](#) a comparé des enfants sur plusieurs sites, sur 4 aspects : sévérité des symptômes de l'autisme, communication expressive, langage réceptif et compétences non verbales. Ils ont modifié sur deux variables : l'intensité du traitement (15h vs 25h), et le style (ESDM vs Discrete Trial Teaching). Les enfants ont reçu l'intervention pendant un an. Les chercheurs ne relèvent d'effet ni de l'intensité, ni du type d'intervention reçue sur les 4 domaines évalués. Il n'a pas non plus été montré d'effet de l'intensité du traitement en fonction du niveau de sévérité des symptômes : les enfants avec plus de symptômes ne progressent pas plus avec 25h par semaine, par rapport à 15h par semaine. Toujours sur la question de l'intensité, une [méta-analyse publiée en juin 2020](#) montre que les enfants du groupe ESDM progressent plus que les enfants des groupes contrôles, les progrès se situant surtout au niveau du langage et en cognition. En revanche, il ne ressort aucune donnée claire du « dosage » approprié, que ce soit en termes d'intensité ou de durée de l'intervention. De nombreux chercheurs s'intéressent également aux effets des intervention ESDM centrées sur les parents, sans résultats clairs à ce jour. En effet, ceux-ci varient d'une étude à l'autre, mais il semble se dégager à minima une réduction du stress des parents et une amélioration du sentiment de compétence parentale. Des études concernant l'ESDM sont répertoriées sur [ce lien](#).

**ORGANISMES DE FORMATION ET BIBLIOGRAPHIE :**

Les centres ressources autisme mettent à votre disposition des bibliographies et des dossiers documentaires régulièrement mis à jour sur cette thématique et vous renseignent sur les formations existantes. Contactez le centre de documentation du CRA de votre région pour en savoir plus : <https://gncra.fr/les-fiches-des-cra>

**Date de création de la fiche : 18/09/2017**

**Dernière mise à jour : 12/01/2022**

**Référent : Sophie CHAMPENOIS - CRA Nord-Pas de Calais**

**Pour toute question relative à cette fiche, contactez le 03 20 60 62 59 ou par mail : [cra@cra-npdc.fr](mailto:cra@cra-npdc.fr)**