n° 71 - 72
Déc. 2011
Mars 2012

POUR LA RECHERCHE

FFP
FEDERATION FRANÇAISE DE PSYCHIATRIE

8 €

http://psydoc-fr.broca.inserm.fr

BULLETIN DE LA FÉDÉRATION FRANÇAISE DE PSYCHIATRIE

Editorial

- Comité de Rédaction -



Directeur de la Publication :
Dr O. Lehembre
Rédacteur en chef :
Dr J-M Thurin

Comité de Rédaction :
Dr M.C. Cabié
Dr N. Garret-Gloanec
Alexandre Har
Dr D. Roche-Rabreau
M. Thurin

PLR électronique,
Comité Technique
J.M. et M. Thurin,
D. Vélea, M. Villamaux

● Voici un numéro passionnant de *Pour la recherche* qui présente, situe et permet de comprendre comment et avec quelles références théoriques les professionnels du champ de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent travaillent avec les enfants autistes et leurs familles.

Il est publié le 2 avril, Journée mondiale de l'autisme, déclaré Grande cause nationale 2012 par le Premier Ministre, à la demande d'associations regroupant des familles d'enfants autistes.

Cette initiative, reconnaissons-le, n'a pas très bien commencé. Nous n'y avons pas trouvé la dynamique constructive que nous attendions, réunissant tous ceux qui se sentent impliqués par ce que représente la confrontation à l'autisme, qu'elle soit directe ou indirecte, et la possibilité de contribuer à réduire la souffrance qui lui est liée. Nous nous sommes trouvés confrontés à un mouvement idéologique d'une violence exceptionnelle, dont les mots d'ordre proclamaient qu'il fallait en finir avec la psychanalyse et faire table rase de l'existant. L'existant était devenu le responsable de tous les maux. Il fallait lui substituer une approche purement « éducative » de l'autisme, réduit à un handicap neuro développemental pour lequel il n'existe aucun traitement et dont l'épigénétique et le rôle du psychisme sont exclus.

Dans ce contexte compliqué, nous avons choisi de nous inviter aux actions de cette année en commençant par présenter l'existant. Cette présentation n'est évidemment pas exhaustive et nous savons que beaucoup est à faire et encore à découvrir dans ce domaine. Chacun pourra trouver dans ce numéro ce que font les différents intervenants suivant leurs compétences et leurs responsabilités en travaillant avec des enfants autistes. Nous verrons que des réponses aux questions sous jacentes dans le débat actuel sont proposées.

Dans les premières pages, G Haag répond aux questions de JM Thurin et présente les bases sur lesquelles une approche psychanalytique de l'autisme peut être conçue et mise en pratique aujourd'hui.

Ensuite, cinq psychiatres présentent leurs différents cadres de soins : un secteur de psychiatrie infanto-juvénile, un hôpital de jour, une consultation en périnatalité et diagnostic, le Centre Alfred Binet et la Fondation Vallée. Ils y décrivent les actions qui y sont déployées pour accueillir et traiter les enfants autistes.

Dans une troisième partie, une psychothérapeute, un psychomotricien, une orthophoniste et une équipe d'infirmières racontent, en présentant leur expérience à travers des cas suivis, comment leur métier peut aider ces enfants.

La recherche n'est pas oubliée avec le Réseau de Recherches Fondées sur les Pratiques Psychothérapiques et son pôle autisme. Nous verrons, avec ce travail, que les cliniciens n'ont pas attendu les invitations solennelles récentes pour s'engager dans l'évaluation de leurs pratiques et y trouver un appui pour répondre à des questions cliniques et théoriques.

Pour finir, toujours autour de la recherche, MC Laznik et Y. Burnot nous invitent, autour de la présentation clinique d'un bébé, à un dialogue entre psychanalyse et neurosciences. ●

Entretien avec Geneviève Haag

Jean-Michel Thurin

Jean-Michel Thurin - Geneviève Haag, tu es psychiatre psychanalyste, secrétaire générale de la CIPPA et tu traites depuis 45 ans des enfants autistes, souvent très gravement atteints. C'est dans ce contexte que tu as été promue Chevalier de la Légion d'honneur en octobre 2010. Cette décoration t'a été remise par Simone Veil, Jean-François Mattei et Thierry Sibeude, président de l'association « La clef pour l'autisme » qui a créé plusieurs institutions pour autistes, de l'enfance à l'âge adulte, et dont tu présides le conseil scientifique. Tu as écrit plus d'une centaine d'articles et tu viens d'ouvrir un site pour en rendre certains plus accessibles*.

La psychanalyse est actuellement confrontée à une attaque sans précédent allant jusqu'à ce qu'un député propose une loi pour l'interdire dans « l'accompagnement » de l'autisme. Au delà de cette situation très douloureuse, beaucoup de personnes s'interrogent sur la relation qu'il peut y avoir entre la psychanalyse et le soin des enfants autistes. Cet entretien a donc pour objectif d'en situer les bases à partir de ton expérience et de l'élaboration que tu en as faite.

La psychanalyse est présentée comme isolée et totalement décalée dans ses modèles et ses pratiques. Qu'en penses-tu ?

Geneviève Haag - Trois raisons sont invoquées pour déclarer que les modèles de la psychanalyse appliquée à l'autisme sont décalés :

a) première raison : la psychanalyse recherche la cause de l'autisme dans des fantasmes inconscients parentaux, bloquant par projection le développement de l'enfant, ou dans une dépression parentale ayant trop perturbé les premières relations. La pratique qui en découle est celle de thérapies mère-enfant ou parents-enfant, exclusivement destinées à dévoiler ces fantasmes, ce qui aboutit à une culpabilisation de la mère, ou des parents et à négliger la préoccupation éducative ;

b) seconde raison : les découvertes concernant les anomalies neurophysiologiques et génétiques sous-jacentes en cours rendent caduques, voire absurdes, toute attention et considération portées au développement psychique des sujets autistes. De véritables slogans résument cette position : c'est neurologique ou neuro-développemental, donc ce n'est pas psychologique ;

c) troisième raison : la psychanalyse est une thérapie par la parole. Les enfants sans langage n'y sont pas accessibles.

JM T- Abordons donc chacun de ces trois points.

G H - *Le premier point* : culpabilisation des parents. Dans les années 50-80, de nombreuses découvertes centrées sur l'importance des relations précoces dans le développement et dans les racines de la psychopathologie ont pu donner et donnent encore parfois lieu aux dérives culpabilisantes signalées plus haut. Sans méconnaitre l'existence de cas particuliers où des syndromes autistiques semblent être consécutifs à des carences relationnelles prolongées, nous pensons que ces modèles doivent être abandonnés. En revanche, l'effet que peut avoir sur la mère l'absence de reprise de l'enfant à ses sollicitations, ne doit pas être négligé.

Le second point : c'est neurologique, donc ce n'est pas psychologique ; ce genre de déclaration me paraît véritablement absurde. Le développement psychologique et ses avatars sont appréhendés en psychiatrie par l'observation de toutes les expressions psychocorporelles : état tonique, motricité, gestualité, expression vocale, expressions émotionnelles verbalisées, communication des vécus anxieux, dépressifs, persécutoires, déploiement des particularités de la vie imaginaire, productions oniriques, symptômes pénibles d'ordre phobique, obsessionnel, productions délirantes, etc.

Les recherches neurophysiologiques et génétiques actuelles sont en train de préciser certains substrats de nos fonctionnements développementaux et psychopathologiques tout en reconnaissant qu'elles sont encore loin de rejoindre la complexité des phénomènes appréhendés par la clinique. Bien que les découvertes avancent à grands pas et orientent davantage les chercheurs vers l'étude des connectivités, ce sont les « réseaux associatifs cognitivo-émotionnels » plutôt que les altérations fonctionnelles isolées qui nous intéressent le plus, nous psychanalystes. Dans cette perspective, l'appel à la coopération chercheurs/cliniciens nous intéresse beaucoup. C'est ce qui s'ébauche dans plusieurs cercles, notamment le *Cercle de Neuropsychologie Et Psychanalyse* (CNEP), dont plusieurs d'entre nous font partie et suivent attentivement les travaux.

Pour résumer ce que je pense, nous sommes tous neuro-développementaux et avons tous une vie psychique en approfondissement permanent.

Le troisième point : en ce qui concerne l'absence de langage, plusieurs d'entre nous, enseignés par les psychanalystes de l'école anglaise se sont particulièrement intéressés au langage corporel. En pratique :

- ils orientent surtout leur recherche à partir de ce que communiquent les patients de leurs ressentis corporels et spatiaux, de leurs ébauches de représentation, et des particularités de leur fonctionnement perceptif ; c'est là que Meltzer a découvert le mécanisme de démantèlement de la perception dans ses composants sensoriels qui explique les stéréotypies en terme d'agrippement ;

- ils notent la perception d'une prédisposition chez ces patients qui prend la forme d'une sensibilité particulière, d'où la recommandation de F. Tustin : « travaillez avec les neurophysiologistes, ceux qui étudient la biochimie cérébrale et la génétique », qui jugeait que ces états là étaient à la frontière du psychisme et des soubassements neurophysiologiques de cette prédisposition. Ce courant psychanalytique était, et reste, moins à la recherche des fantasmes inconscients des parents que d'une observation fine de l'expression des autistes et d'une recherche de communication avec eux.

JM T- Peux-tu préciser le mécanisme de démantèlement ?

GH - On est amené à considérer que l'organisation des modalités perceptives se fonde dans un rassemblement des sensorialités. Ce que Tustin a appelé *la grappe de sensations* se rencontre normalement dans le regard. Mais l'autiste a précisément une difficulté à soutenir l'œil à œil et nous théâtralise, tout d'abord en langage préverbal, l'expérience d'un débordement émotionnel qui provoque des ressentis de chute, de se répandre, de recevoir une violente pénétration dans les yeux (peurs prédatrices). Au lieu de regarder dans les yeux, comme cela se fait habituellement, l'enfant va vite se raccrocher à un élément saillant du décor, réalisant un agrippement sensoriel.

JMT - Si je comprends bien, tu nous dis que quelque chose ne fonctionne pas dans la fonction centrale du regard et que c'est ce qui nécessite pour l'enfant d'aller chercher des perceptions périphériques, des agrippements sensoriels, pour qu'il puisse avoir le sentiment de lui-même. Ces perceptions réduiraient la souffrance liée au manque de perception unifiée de soi. C'est bien cela ? On le retrouve chez les adultes qui font des auto mutilations.

GH - Le débordement émotionnel à l'œil à œil est très bien dit par des adultes et est confirmé par la neurophysiologie qui montre un embrasement de l'amygdale cérébrale. Donna Williams** dit qu'elle était dépersonnalisée pendant plusieurs jours si elle se laissait aller à expérimenter l'oeil à oeil.

JM T- L'absence de relation par le regard ne traduirait donc pas une absence de réponse, mais l'impossibilité de soutenir l'expérience très particulière qu'il initie ? Ce repérage pourrait expliquer un certain nombre de comportements et de symptômes. Mais là, que peut faire le psychanalyste ? Comment établit-il un traitement psychanalytique avec des enfants dont les principaux symptômes sont l'évitement du regard, l'absence de langage, le retrait et souvent l'absence de participation aux activités qui leur sont proposées, notamment le jeu.

GH - La grande question est en effet : comment faire avec des enfants qui ne jouent pas ? En fait, il y a un en deçà du jeu. Nous avons à observer toute la déambulation de l'enfant et son contact tactile avec les murs, les portes, les fenêtres, avec les objets, notamment géométriques. Il y a une communication indicielle répétitive des préoccupations concernant le corps et l'espace. Par exemple, mine de rien, l'enfant passe à coté des objets sur la table et d'un geste du revers de la main les fait tomber. Nous avons tenté des interprétations sur le vécu de l'enfant de tomber en lien avec ses agrippements sensoriels. Cela marche, l'enfant se sent compris, nous constatons que les enfants comprennent le langage si nous commentons ce qu'ils sont en train de faire.

JMT - Tu as parlé de contact tactile de l'enfant avec des formes géométriques qui se trouvent dans la pièce. Est-ce qu'il porte une attention particulière à ces formes et qu'elle en serait la fonction ?

GH - Ils peuvent nous montrer l'exploration de ces formes lorsque l'on a pu déjà interpréter les angoisses de chute ou les peurs du vide et leur signifier notre compréhension. Autrement dit, l'interprétation telle que nous la comprenons participe à construire ces représentations. Cela peut n'être d'abord que la représentation d'une limite, d'une entourance, du contour de la pièce, d'un meuble.

JMT - Pour toi finalement, le premier temps et le point central de la technique est d'amorcer une compréhension ressentie par l'enfant, à partir de laquelle il va pouvoir présenter un certain nombre de choses le concernant. Elles vont être comprises, interprétées et verbalisées. Ton approche, développementale, évoque celle de Kohut selon laquelle la communication mère-enfant et la compréhension par elle de ses états internes constituent la base d'une représentation partagée qui ouvre l'enfant au sentiment de sa réalité. Cela renseigne aussi l'enfant sur la pertinence de ce qu'il ressent. Tu soulignes dans cette démarche développementale que l'autre a une fonction centrale de compréhension et de verbalisation.

GH - C'est une démarche en même temps psychanalytique car nous sommes confrontés d'emblée à un niveau très primitif d'expression de l'angoisse et des défenses contre cette angoisse.

JMT - Cela introduit effectivement une compréhension des peurs et des tentatives de l'enfant de les réduire et peut expliquer un certain nombre de comportements. De façon plus générale, comment situerais-tu le transfert avec ces enfants ?

GH - J'ai proposé d'élargir la notion de transfert à la répétition dans la relation thérapeutique de modalités identificatoires très primitives. L'une de ces modalités est la relation dite « adhésive », c'est-à-dire « collée à », et j'ai appelé diffusion ou contamination ce que l'enfant donne à ressentir au thérapeute, par exemple, ces vécus de liquéfaction affectant le tonus du thérapeute. À une étape ultérieure, la projection identificatoire correspond à un vécu tridimensionnel de la communication. Ce sont des transferts archaïques.

JMT - je n'ai pas bien compris la projection....

GH - La projection identificatoire suppose la spatialisation du psychisme. C'est-à-dire une perception spatiale de l'intérieur des espaces corporels qui suppose qu'une première formation représentative en soit faite. E Bick a appelé *la peau* le sentiment d'entourance. Il ne s'agit pas d'une peau anatomique mais de la formation idéique d'une image plastique sphérique qui découle de l'image motrice des expériences, d'envoi et de retour de la communication. Cette perception de mouvements rythmiques, dans les premiers vécus relationnels a été très bien formulée par Winnicott : ressenti de flux et reflux rythmique presque liquidien.

JMT - Nous allons aborder des choses plus concrètes. Quels sont les objectifs de l'action psychothérapique en relation à ces aménagements et à la relation de transfert qui s'établit entre l'enfant et le psychanalyste ?

GH - Pour nous, le développement se construit dans la relation. Nous ne connaissons pas ce qui a empêché un bébé de répondre normalement aux sollicitations maternelles avec tout ce qui s'ensuit et la seule chose que nous pouvons faire, c'est de proposer des compréhensions, des interprétations compréhensives, donc de nous ajuster à ce qu'essaye de nous montrer l'enfant dans son comportement pré verbal. Petit à petit, il semble pouvoir construire ses bases corporéo-psychiques qui servent à la fois à l'établissement d'une psychomotricité normale et à la contention émotionnelle. Les enfants nous ont détaillé ces constructions : d'abord une sphère avec un noyau d'attache central, ensuite les grands axes du corps, avec ce que nous avons appris à appeler les identifications intra corporelles, parties du corps identifiées aux objets d'amour. Petit à petit, on s'aperçoit qu'il y a des intégrations dans l'image du corps et dans le fonctionnement corporel, des identifications aux fonctions parentales de portage, de manipulation. Ce que Winnicott a appelé *le handling, le holding,* que l'on observe dans le développement normal, s'incorpore au sens fort du terme dans cette image fondamentale du corps, par exemple l'hémicorps dominant identifié aux fonctions maternelles. Nous en avons fait une grille de repérage qui permet de suivre l'évolution de cette construction.

JM T- J'ai l'impression qu'il y a une sorte de complémentarité entre une approche où l'enfant utilise le monde extérieur, dont le thérapeute, pour se construire et un autre aspect qui est celui de l'utilisation par le thérapeute des manifestations de l'enfant et de ses comportements pour l'aider aussi à dépasser certaines situations. Parmi celles-ci, il y a l'expérience de la séparation. J'aimerais que tu la décrives pour un enfant chez lequel la séparation représente un moment particulièrement difficile pouvant aboutir à une véritable détresse, voire une expérience de liquéfaction. Quelle va être ton attitude et tes interventions devant cette situation ?

GH - Il faut bien avoir observé qu'il y a une étape d'autisme très grave où apparemment il n'y a aucune détresse à la séparation corporelle. L'enfant quitte sa mère et vient avec n'importe qui. Cela, je dirais que c'est vraiment très préoccupant. Ces enfants ont placé toute leur sécurité dans un objet autistique, dans des stéréotypies, ou des repérages obsessionnels.

JM T- Qui font que finalement l'affect n'est plus exprimé ?

GH - Oui. Ultérieurement, dans l'étape de construction corporelle, il y a au contraire des recherches de corps à corps qui sont assez parlantes. Parmi elles, celle où l'enfant vient se coller sur le côté de l'adulte ou lui prend la main systématiquement pour réaliser quelque chose qu'il peut faire lui-même, mais qu'il ne peut pas se sentir faire seul en séparation corporelle. Nous avons repéré que c'est une étape développementale que traversent normalement les bébés autour de 6 mois. Il faut se laisser un peu faire en sachant que c'est le moment où le tête-à-tête est déjà construit et qu'il est important de laisser l'enfant expérimenter cette sorte de vécu de confusion, de fusion de l'hémicorps, mais avec une communication qui se poursuit dans le tête-à-tête. Petit à petit, le décollage devient possible, alors que si on se décolle brutalement, l'enfant n'a plus de ressources. Il est « jeté » dans l'espace, il est coupé en deux et il n'a plus qu'à avoir à nouveau recours à ses stéréotypies pour colmater cet arrachage corporel.

Quand on arrive à la fin de la construction corporelle qui correspond à la fin de la première année, l'étape du miroir commence. La possibilité de concevoir un corps séparé se traduit aussi dans le dessin des enfants qui peuvent alors réaliser une forme fermée qui, dans le développement, apparaît autour de 3 ans. C'est souvent au départ une forme à double contour, signant l'intériorisation de contenance.

JMT - Mais cela reste encore un moment potentiellement difficile ?

GH - Pendant ce temps-là, il y a évidemment toute une transformation et une apparition des affects dans la relation. Les affects sont beaucoup plus normaux. Dans les premiers vécus d'arrachement, on a les fameuses crises de *tantrum* qui sont des crises émotionnelles très primitives contemporaines d'angoisses corporelles très fortes. Les comportementalistes appellent cela des crises émotionnelles. Un peu plus tard, on peut voir apparaître ce que Mélanie Klein a appelé *position dépressive*, la possibilité d'avoir un sentiment de tristesse au moment de la naissance d'une conscience de séparation. Cette possibilité commence vers l'âge de 5 mois dans le développement normal. Le corps propre n'est pas fini, mais il y a l'expérience de séparation dans le tête-à-tête qui est bien avancée et l'affect de tristesse devient un ingrédient nécessaire à toutes les expériences de séparation qui vont se produire ensuite. S'il n'y a pas cet affect, la séparation provoque encore des expériences de déchirure corporelle ou des mécanismes psychiques de déni, de projection, des états despotiques très primitifs.

Quand la séparation devient possible, on a quelquefois de grosses débâcles de chagrin, très différentes de la rage de la crise de tantrum. C'est très impressionnant pour les parents et pour les éducateurs. Aussi, Il faut vraiment expliquer que c'est un passage, certainement pénible, mais très libérateur.

JMT - On en est arrivé au moment où l'enfant peut déjà véritablement exprimer ses affects et en particulier sa tristesse. C'est un moment très fort en terme de possibilité de signification, certainement pour lui et pour l'autre …

GH - Maintenant peuvent se greffer tous les conflits de rivalités et la triangulation qui était sans doute déjà là auparavant. Il peut y avoir des colères très fortes qui ne sont plus les crises de rage. Ce sont les grosses colères de la deuxième année de la vie accompagnées de conduites de maîtrise, caractéristiques de l'autisme, et très difficiles à traiter pendant longtemps. Beaucoup d'enfants autistes, qui vont nettement mieux, restent des enfants très maîtrisant, ayant vraiment un besoin de contrôle avec des conduites obsessionnelles qui ont été bien décrites. Il peut y avoir un élément de tyrannie sur son entourage qui peut parfois piéger l'équipe et même bloquer la suite du développement si les parents se laissent tyranniser et s'il n'y a pas également un travail interprétatif. Une des raisons qui peut expliquer ces conduites maîtrisantes, c'est le symptôme bien connu de l'horreur du changement et de la surprise. Nous savons que l'électrophysiologie (C Barthélémy) a pu montrer une différence des courbes enregistrées chez les autistes et les non autistes dans une zone préfrontale traitant de la capacité d'affronter le changement.

JMT - Avec ce que tu dis depuis quelques minutes, nous sommes déjà entrés dans le cadre d'une psychopathologie, certes pas ordinaire, mais que l'on peut retrouver dans d'autres psychopathologies sérieuses.

GH - C'est très sérieux parce qu'il y a effectivement un nouvel empêtrement possible dans cette étape qui traverse la construction anale, avec le plaisir de maîtrise et aussi les éléments de sadisme attachés à cette étape constitutive.

JMT - J'ai l'impression que quand l'enfant parvient à cette étape d'un soi représenté et d'une relation à l'autre dans laquelle l'affect peut être exprimé, on est très avancé par rapport à là d'où l'on part, même s'il y a encore beaucoup de travail à faire.

GH - Oui, mais avec une intensité qui peut être insupportable, jusqu'à entrer dans le registre d'un état psychiatrique de type maniaque. Il s'agit d'une emprise enfermante, torturante, emprisonnante qu'ont besoin à ce moment-là de déployer certains enfants autistes et qui demande de retravailler ce que Meltzer a très bien décrit en termes de *claustrum.* On peut être confronté à ce moment là, à des éléments dépressifs de type mélancoliques, sentiments très pénibles d'auto dévalorisation, parfois exprimés par l'enfant, mais plus souvent projetés sur l'environnement.

JMT - Tu nous as accompagnés dans toute une série de changements progressifs, partant de stades très déficitaires jusqu'à des symptômes qui sont à la frontière d'une certaine normalité, même s'ils font évidemment encore partie de la psychopathologie...

GH - C'est là que dans certains cas on pourrait dire qu'il y a une psychose post autistique. Je sais que pour le moment, cela est difficile à entendre pour beaucoup. Il faut évacuer le mot psychose du cadre de l'autisme. Bien sûr il ne s'agit pas de psychose schizophrénique, mais d'un état psychopathologique proche de la psychose maniaco dépressive. L'on est dans l'identification projective, dans la tri dimensionnalité alors que ce qui est proprement autistique est de l'ordre de l'identification adhésive.

JMT- Que peux-tu dire des résultats des prises en charge que tu réalises depuis 45 ans ? Tu nous a dis qu'il ne s'agit pas seulement d'accompagnement, mais aussi de traitement.

GH - Je rejoins des statistiques établies. Il y a des différences de niveau des capacités des enfants autistes. Chez les uns, une petite fraction, qui ont des capacités intellectuelles « bonnes », voire très bonnes, on peut aller très loin du côté de l'intégration scolaire et sociale. Il est à noter que les enfants de haut niveau peuvent avoir au départ les mêmes manifestations que les enfants de niveau limité. Ce sont les mêmes vertiges dans l'espace, les mêmes vécus corporels, les mêmes défenses stéréotypées, les mêmes peurs du regard, c'est impressionnant. Il faut un long travail pour atténuer, voire supprimer les symptômes proprement autistiques. Par exemple, j'ai suivi un enfant de l'âge de 3 ans ½ à l'âge de 12 ans ½ ; il a réussi non seulement d'excellentes études, mais a été premier dans deux concours qu'on peut qualifier d'intégration sociale. Il a fait une pause et il est revenu à l'adolescence à cause de ses difficultés d'installation de relations affectives amoureuses. Entre 3 ans ½ et 12 ans ½, nous avons traversé toutes ces étapes de la construction corporelle et psychique. Le déblocage du regard a été assez long à perfectionner, en rapport avec les difficiles modulations de l'émotionnalité que déclenchait l'œil à œil. Ce garçon a fait lui-même des récapitulatifs d'évolution où il explique bien que la difficulté résiduelle éventuelle est de l'ordre de la modulation de l'expérience émotionnelle.

Chez les enfants de moins bon niveau, et même de bas niveau, les progressions sont plus lentes. A travers de très nombreux cas de supervision et de présentation en séminaire, je peux dire que je n'ai jamais observé de régressions, mais certains moments critiques avec des expressions anxieuses et/ou dépressives qui sont la rançon de vrais changements et qu'il faut bien connaître et en avertir les parents à l'avance.

Le travail de restauration de l'image du corps dans la relation thérapeutique a un effet souvent assez spectaculaire sur les symptômes stéréotypés, les expressions violentes et les automutilations « légères ». Ce n'est que pour les automutilations graves que Pierre Delion a initié la méthode du packing qui se propose de reprendre l'expérience sensorielle de la « saisie » de la peau – qui ne se sent plus – par le froid combiné à l'enveloppe sonore langagière procurée par les soignants et à la retrouvaille d'un contact du regard. Cette concomitance tactile profond, sonore, regard, est la grande démonstration, publiée dans nombre de mes articles, faite spontanément par les autistes en voie d'amélioration, de la conscience qu'ils ont de ce tout premier processus développemental du côté de l'image du corps et, par là même, de la première conscience de soi.

Le travail psychothérapique psychanalytique que j'évoque ici n'est pas et ne doit jamais être isolé. Il est un élément d'un travail pluridisciplinaire comprenant, outre l'intégration scolaire, des aides individualisées orthophonique, psychomotrice, psychopédagogique spécialisées, un accompagnement régulier des parents pour partager compréhension et observations, encourager et favoriser si besoin toutes les recherches des parents pour diverses formes d'intégration sociale (sports, loisirs). Si possible, surtout pour les plus jeunes, un soutien à domicile est souhaitable. ●

* http://www.genevievehaagpublications.fr

** **Donna Williams** (1992). *Si on me touche, je n'existe plus.* Robert Laffont

Cinq psychiatres présentent leur expérience spécifique de la prise en charge des enfants autistes

Visite dans le service à propos des troubles envahissants du développement

Dr Danièle Roche-Rabreau*

● Nous sommes un secteur de Psychiatrie Infanto-Juvénile dans le 94, dépendant des hôpitaux de St Maurice et desservant six communes du Val de Marne Nord, un secteur socialement privilégié et relativement bien équipé tant au niveau sanitaire que médicosocial.

La population des TED qui vient dans les services d'intersecteurs publics est constituée pour les deux tiers de populations émigrées avec un trajet souvent traumatique. L'absence de données épidémiologiques ne nous permet pas de savoir s'il s'agit d'un biais de recrutement social. Ces familles nous obligent, en tous cas, souvent à un travail de psychiatrie transculturelle pour permettre la mise en place d'une alliance thérapeutique véritable.

Chacun des 4 CMP polyvalents du service constitue une porte d'accès aux soins des enfants présentant des troubles envahissants du développement.

Un consultant reçoit l'enfant en premier rendez-vous. Ce rendez-vous est donné rapidement (dans le mois) si les signes d'appel sont évocateurs ou si l'hypothèse d'un trouble envahissant du développement est évoquée par le partenaire qui nous l'envoie. Certains enfants sont adressés par la consultation *Roux Doudou,* consultation périnatalité pluridisciplinaire qui accueille les troubles des interactions précoces mère/bébé ; consultation qui tisse un réseau de partenariat avec les crèches, les PMI.

La consultation mère-bébé reçoit les mères et les enfants dans les deux premières années : on peut alors faire un diagnostic précoce et donc nous donner la possibilité de freiner, réduire l'ampleur, voir arrêter le processus autistique.

Le consultant (psychologue ou psychiatre), qui reçoit l'enfant et sa famille en premier rendez-vous, a deux objectifs simultanés :

- évaluer le problème de l'enfant, sa psychopathologie, la qualité de ses relations avec sa famille, ses pairs et le monde ;

- et construire une relation solide et confiante avec la famille, les deux démarches étant concomitantes.

Pour ce faire, le consultant est souvent accompagné par un professionnel de l'équipe qui peut être soit la psychomotricienne, soit l'orthophoniste, soit l'éducateur et/ou l'infirmière, en fonction de la situation clinique présentée par l'enfant, de ce qui prédomine dans ses difficultés (relations, vécu corporel) et de ce qui semble être le meilleur mode d'accès à lui à ce moment là. Cela peut conduire à faire un bilan, un accueil en binôme (2 professionnels), un accueil de groupe. Ces différents abords permettent une évaluation pluridisciplinaire qui se construit progressivement. Se construit là aussi dans le même temps, un projet de soins et l'élaboration du diagnostic.

Le projet de soins peut se construire soit tout « dedans » au CMP soit « dedans »-« dehors » avec l'aide de partenaires en libéral, soit parce que les parents le demandent, soit pour des orientations techniques précises non réalisables au CMP (orthophonie, méthode ABA (Applied Behavior Analysis), psychothérapie). L'essentiel est que les différents intervenants puissent travailler ensemble, partager leurs expériences cliniques et les restituer aux parents dans les différents échanges qu'ils ont avec eux. Ces restitutions se font en particulier lors des consultations régulières avec le consultant référent.

Les parents peuvent aller consulter un centre expert pour une aide au diagnostic avec l'ensemble des examens paracliniques qu'il impose lorsqu'ils sont prêts.

Pour certains enfants, le chemin se continuera à *La Marelle.* Ce lieu de soins invite les enfants et les parents à des groupes thérapeutiques réguliers : un groupe thérapeutique ou deux par semaine pour l'enfant avec médiations diverses, un groupe hebdomadaire où l'enfant et ses parents, accompagnés par 4 ou 5 professionnels, jouent, échangent, entrent en relation. Les parents aident aussi leurs enfants ou ceux des autres dans des jeux de psychomotricité. Ces moments extrêmement investis par tous, permettent des échanges riches autour des expériences de parentalité.

L'objectif clinique est pour les enfants l'acquisition de compétences sociales, avec les pairs, les parents et les soignants, notamment avec effets d'imitation.

Le cadre se trouve ritualisé : accueil, mise en groupe et mise en jeu - sortie pour aller dans la salle de psychomotricité, toboggan, balles et retour à la salle à manger pour un casse-croûte. L'ensemble dure environ 2 heures 30 et remplit un second objectif, les jeux se constituent, les parents partagent les expériences des autres. C'est aussi un moment où ils peuvent échanger des informations avec les soignants.

Cette ritualisation qui respecte le besoin d'immuabilité des enfants autistes, permet paradoxalement l'émergence de surprises mêlées à des affects puissants qui vont modifier le trajet de l'enfant.

Lorsqu'un enfant va à *La Marelle* (il peut y aller jusqu'à 6 ans), il continue son suivi individuel au CMP où il peut, au-delà de son consultant, rencontrer un psychothérapeute lorsque l'indication est posée, une orthophoniste ou une psychomotricienne en rééducation individuelle.

Parallèlement, la fréquentation scolaire est favorisée en classe normale si l'enfant peut y être intégré ou en CLIS Autisme avec des horaires aménagés, et des « équipes éducatives ».

Lorsque l'enfant approche ses 6 ans, la question de l'orientation doit pouvoir être réglée, car elle a dû être abordée avec l'équipe et les parents depuis pas mal de mois. L'orientation peut se faire à l'hôpital de jour lorsqu'une prise en charge sanitaire est indispensable et acceptée par les parents. Le CMP continue les consultations avec l'enfant et les parents : il reste le « fil rouge » du suivi et celui des prises en charge individuelles, l'hôpital de jour proposant des soins de groupe (*cf.* texte Denys Ribas).

L'orientation peut également se faire en IME dans le cas où la psychopathologie est à peu près stabilisée, le CMP restant là aussi le « référent ».

L'enfant peut enfin être suivi au CMP lorsqu'il peut intégrer l'école, en CLIS ou en classe normale. Au CMP, la prise en charge peut associer des groupes thérapeutiques, des rééducations individuelles, une psychothérapie. Des consultations à peu près mensuelles avec les parents complètent ce dispositif.

Le trajet thérapeutique peut donc être extrêmement varié, intégrant, selon les moments et les capacités de l'enfant, rééducation, aide éducative et pédagogique, thérapie de groupe ou individuelle.

Les parents restent au centre de la prise en charge puisque c'est autour de l'alliance qu'ils nouent avec nous, que cette construction thérapeutique peut se faire, construction qui est pour chaque enfant et chaque famille particulière et singulière.

L'alliance thérapeutique avec les parents permet au cadre thérapeutique d'être suffisamment souple pour permettre un réajustement de la prise en charge au plus près de l'évolution de l'enfant.

Deux questions traversent par ailleurs la prise en charge :

1. la question des passages : passage entre institutions à certains âges charnières qui sont toujours des moments clés. Ce passage représente, à la fois pour l'enfant, l'expérience d'une discontinuité qui peut être vécue comme dangereuse par lui et sa famille, mais aussi, dans le même temps, la possibilité d'un accès à une nouvelle étape de son développement.

2. la question de l'hospitalisation qui peut se poser soit dans des moments de régression en cas de pathologie sévère, soit pour une aide à l'évaluation psychopathologique.

Enfin dans ce travail clinique, il est nécessaire d'instituer des lieux et des moments d'échanges cliniques, de supervision d'équipes, de discussions théoriques et bibliographiques pour permettre aux professionnels de donner un sens à leurs actions et de se tenir informés des données nouvelles concernant l'autisme. ●

** Psychiatre, Chef du pôle de psychiatrie infantile juvénile 94i02, Hôpitaux de Saint Maurice.*

Soigner, éduquer et instruire l'enfant autiste dès la petite enfance par l'hospitalisation de jour

Dr Denys Ribas*

● Initié par les pédopsychiatres psychanalystes dans les années 60, les hôpitaux de jour (HJ) sont fondés sur un projet thérapeutique réfutant l'hospitalisation complète (donc inverse de celui défendu à l'époque par Bettelheim) : soigner un enfant autiste, psychotique ou prépsychotique sans le séparer de sa famille, dans son quartier, près de son école, ou avec des enseignants en interne, comme la nouvelle politique psychiatrique de secteur l'instaurait. Le projet thérapeutique implique une triple dimension thérapeutique, pédagogique et éducative.

L'évolution vers des soins intensifs plus précoces s'est faite avec des hôpitaux de jour pratiquant le temps partiel avec les écoles** et permettant de socialiser des enfants vers 3 ans, avant qu'ils n'aient les acquis donnant habituellement accès à l'école maternelle. Le plus souvent aujourd'hui, CMP ou Unités petite enfance, CAMSP ont déjà mis auparavant en œuvre des prises en charges précoces ambulatoires et ont suivi les enfants ayant alerté pédiatres, PMI ou crèches, et tout d'abord simplement leurs parents.

Une évaluation diagnostique a été ou est alors proposée aux parents, avec les investigations génétiques, neuropédiatriques et biologiques nécessaires.

Le traitement en HJ est à la fois très stimulant, inspiré des thérapies en petits groupes en ambulatoire, et efficace pour entamer l'isolement – *aloneness* – autistique par la rencontre avec d'autres enfants, (une quinzaine chaque jour), avec et sans langage. Ils partagent ensemble des temps de vie, de jeux, de repas, avec une dimension intermédiaire entre vie familiale et socialisation en maternelle, encadrés par une équipe multidisciplinaire de professionnels surtout éducatifs. Ceux-ci les amènent à la découverte du monde et des autres par des sorties dans la cité, à la piscine, dans la nature. Rappelons que l'incapacité de jouer et de faire semblant a été décrite comme une composante essentielle de l'autisme par les travaux cognitifs.

Classe dans l'école ordinaire et/ou en interne dans l'Unité d'Enseignement, ateliers thérapeutiques et éducatifs animés par les éducateurs spécialisés et les infirmiers alternent avec les prises en charge orthophoniques ou en psychomotricité.

Les consultations régulières qui font le point avec les familles de l'évolution de l'enfant sont assurées par les psychiatres, habituellement avec un soignant référent. Une réunion de parents, par exemple mensuelle, est proposée à la fois comme lieu de rencontre et de partage d'expérience, et comme accès direct des représentants des patients aux responsables médicaux de l'institution de soins. Une assistante sociale est à la disposition des parents.

Des psychothérapies individuelles sont possibles, toujours avec l'accord des parents, à un rythme qui peut dans ce cadre être de 1 à 4 fois par semaine, sans contraintes financières ou d'accompagnement pour les familles.

La dimension psychothérapique institutionnelle permet de prendre en compte et de lutter contre les effets de fragmentation et de désinvestissement de la pathologie autistique. Une synthèse générale permet une reprise clinique des éléments repérables manifestés par un enfant dans les divers espaces de l'institution. Elle permet de resituer l'évolution dans le temps de ces éléments et la possibilité d'en garder trace, d'examiner leur sens possible et elle constitue un traitement psychique par le groupe soignant, des impacts des angoisses autistiques majeures.

Un travail d'élaboration des contre attitudes des professionnels est habituellement proposé sous forme de supervision clinique auprès d'un psychanalyste.

Le traitement précoce en hôpital de jour permet par son action intensive, des progrès importants avec l'établissement de communications non verbales, l'émergence d'une capacité à vivre avec d'autres, en entrant en relation, mais aussi en compétition et en apprenant à se défendre. De ce fait, nous ne voyons plus les comportements automutilateurs qui accompagnaient les enfermements autistiques majeurs. Des enfants rentrent aussi ainsi dans le langage oral, sans que nous puissions prédire à l'avance le niveau et la nature de ces progrès. ●

** Psychiatre, Directeur de l'Hôpital de jour pour enfants de l'Entraide Universitaire (Paris XIIème).*

*** Depuis sa création en 1978 dans notre établissement, l'accueil impliquant à l'époque des enseignants volontaires. La création des AVS a permis une augmentation des scolarisations pour les enfants autistes, au prix d'une obligation d'accueil de la part des enseignants.*

Consultation en périnatalité et diagnostic

Dr Nicole Garret-Gloanec*

● La psychiatrie périnatale peut se concevoir selon deux actions complémentaires :

- la première est assurée par les psychologues ou les psychiatres (d'adultes ou d'enfants) en maternité. Elle prend en compte la future mère et les parents avec leur bébé durant le séjour ;

- la deuxième s'exerce en pédiatrie et en pédopsychiatrie dans les unités qui se sont spécialisées pour une réponse à cette tranche d'âge.

En maternité, l'approche de la périnatalité se fait à travers la femme et les changements psychiques qu'opère la grossesse. Le temps d'approche du bébé est court, l'observation de la relation mère-enfant est limitée par le contexte d'hospitalisation en maternité.

En pédiatrie, le bébé est plus présent et les circonstances déterminent le travail des psychiatres. La dimension somatique est prédominante, motivant l'hospitalisation. La présence d'une équipe de psychiatrie périnatale est précieuse pour le soutien aux parents, souvent aux équipes et parfois au bébé.

Les interventions demeurent trop intra-hospitalières lorsqu'elles sont exercées par des équipes rattachées aux services soit de pédiatrie soit de maternité. Probablement y a-t-il à poursuivre une spécification des structures de secteur psychiatrique infanto-juvénile en lien avec la P.M.I, la pédiatrie et les maternités. Ce dispositif a, en effet, l'intérêt d'être à l'interface de l'hospitalier et de la cité. L'inscription des CMP dans la ville et la mobilité possible des soignants sur le territoire rapprochent le soin des familles et des professionnels de la petite enfance.

Deux points sont à promouvoir afin de mieux prévenir et soigner en périnatalité, l'un organisationnel, l'autre thérapeutique :

- *Sur le plan organisationnel,* nous constatons la valeur du travail à domicile (souvent fondé sur l'observation thérapeutique selon E. Bick ou E. Pikler avec supervision), pouvant porter sur les lieux d'accueil des jeunes enfants. Les consultations conjointes (associant psychologue ou psychiatre et pédiatre ou psychomotricienne ou infirmière), les consultations sous forme d'entretien thérapeutique ou d'évaluation diagnostique et l'approche psychomotrice (avec un temps direct et indirect de rédaction, reprise, synthèse) complètent le dispositif.

- *Sur le plan diagnostique et thérapeutique,* les thérapeutes soignent actuellement les parents et ainsi accèdent au bébé, modifiant les relations et les projections parentales. Le jeune enfant est trop souvent occulté par l'histoire des parents qui occupe le devant de la scène. De leur côté, les professionnels de l'enfance sont attentifs au somatique et aux étapes développementales fondamentales. Mais seules les situations graves de maltraitance ou les préoccupations portant sur la sécurité de base du bébé amènent à une évaluation plus précise de son développement psychoaffectif.

Je pense que la connaissance propre du bébé (y compris les signes de retrait) mériterait un renforcement au delà de l'intérêt affiché par les professionnels. Peu parviennent à allier, sur la durée, une observation fine des éprouvés, de la construction corporéo-psychique du bébé en relation avec ses parents, de son développement et du contexte environnemental. Il est essentiel d'inclure un axe thérapeutique centré sur le jeune enfant, en complémentarité avec l'accès aux parents et à la relation.

La prévention et le soin portés aux familles et à leurs bébés vivant dans un environnement vulnérable sont, pour nous, une priorité de santé publique, au regard des troubles secondaires du développement et aux possibilités d'y remédier précocement.

Pour les équipes spécialisées de pédopsychiatrie, le diagnostic et la prise en charge s'organisent autour de la consultation, la visite à domicile et du lien avec les structures de la petite enfance (PMI, Technicienne de l'intervention sociale et familiale (TISF), médecins, lieux d'accueil, A.S.E et justice). Ils sont multiaxiaux et vont autant dans le sens d'un soutien apporté aux parents, à la relation, qu'au bébé en relation ou seul. ●

** Pédopsychiatre, Chef de Pôle, Centre Nantais de la parentalité.*

Dispositif de soins dans le 5ème Secteur de Psychiatrie Infanto-Juvénile Centre Alfred Binet

Dr Françoise Moggio

● Au sein de la tourmente actuelle à propos des prises en charge à apporter aux enfants atteints d'autisme, dont l'enjeu se reflète, entre autres, dans les décisions attendues de la *Haute Autorité de Santé*, le plus éprouvant n'est pas la mise au ban passionnelle de l'approche psychanalytique. C'est bien plutôt le procès en défaut d'éthique fait à la pédopsychiatrie dans sa forme la plus habituelle, les soins et accompagnements apportés par les équipes de pédopsychiatrie de terrain, à savoir la psychiatrie de secteur.

Le dispositif des soins psychiatriques développés vers les populations adultes et enfants depuis les années 1960 souffre de grandes disparités sur le territoire national. Elles sont toujours présentes aujourd'hui et se sont peut-être même accrues avec les difficultés économiques. Les conséquences sur le terrain sont sensibles, alors même que les besoins augmentent au fil du développement des connaissances et de la demande de soins (dans ce contexte, la préconisation du 1 pour 1 des approches cognitivo-comportementales par exemple, semble difficilement réalisable à une échelle de santé publique).

Enfin, le socle des connaissances s'accroit de manière considérable et rapide. L'extraordinaire essor des neurosciences, toutes disciplines confondues, ne saurait être ignoré des praticiens du quotidien et de la proximité que sont les pédopsychiatres de secteur et leurs équipes, mais l'entreprise est ardue. Par ailleurs, les modifications apportées aux conceptions psychopathologiques françaises (la CFTMEA tant décriée aujourd'hui) par les classifications internationales des maladies (DSM, ICD dont l'usage est obligatoire dans le recueil quantitatif des données) ont pour conséquence d'accroître formidablement les diagnostics de certains troubles (*disorders* en anglais et non trouble or *disease*). L'autisme, conçu comme un trouble envahissant du développement et, dans le futur DSM les troubles envahissants, conçus comme troubles du spectre autistique, ont accru la fréquence des diagnostics en les multipliant par 100 en quelques années. Il faut cependant savoir que cette inflation des diagnostics – et leurs conséquences directes en matière de traitements - peuvent être contestées par les personnes elles-mêmes, ainsi diagnostiquées (voir les prises de position des « Aspies » (Asperger) par exemple).

L'ensemble de ces considérations, débats, polémiques, conflits n'est évidemment pas sans conséquences sur les équipes de pédopsychiatrie, leur conception du soin, les équipements, partenariats, choix de tous ordres, que sont amenés à faire les responsables institutionnels. Dans l'intersecteur que j'ai l'honneur de diriger et qui fut créé en 1958 par Serge Lebovici et René Diatkine dans le 13ème arrondissement de Paris, ces questionnements ont toujours été à l'œuvre. La compréhension des troubles psychiques des enfants a toujours été pluridisciplinaire. La psychopathologie fondée sur la théorie psychanalytique y a toute sa place, mais les apports des autres disciplines ont toujours été pris en compte et, dans la mesure du possible, intégrés au dispositif thérapeutique proposé. Ce dispositif intégratif n'est pas en soi d'une formidable originalité. Il décline les outils habituels de la pédopsychiatrie, tels qu'ils apparaissent nécessaires dans les troubles envahissants du développement de type autistique, et repose sur un certain nombre de principes auxquels tous adhèrent.

A titre d'illustration, je voudrais présenter trois vignettes cliniques qui ne prétendent en aucun cas apporter des certitudes aux débats en cours, mais témoignent de nos démarches de soins et de leurs évolutions.

A. est aujourd'hui âgé de 20 ans. La famille a consulté lorsqu'il avait 18 mois sur les conseils du pédiatre. Le trouble de la relation et de la communication, le retard global de développement étaient indiscutables. Il conduisait au diagnostic d'autisme secondaire puisqu'il apparaissait que jusqu'à l'âge d'un an le développement n'avait pas attiré l'attention de l'entourage familial et médical. Un traitement mère-enfant, auquel le père se joignait de temps à autre, avec une fréquence hebdomadaire (la seule possible du fait de l'activité professionnelle de la mère) a été mis en place et suivi avec une grande régularité. Ce traitement a progressivement permis à l'enfant de partager de plus en plus de moments de communication, tant avec son thérapeute qu'avec sa mère et de développer du jeu, dont la fonction symbolique est allée progressivement croissante, même si sa répétitivité venait témoigner des agrippements autistiques de la pensée. Parallèlement, en s'appuyant sur son identification au thérapeute, la mère pouvait entrer de manière de plus en plus créative en lien avec son enfant et élaborer la dépression réactionnelle dans laquelle l'avait plongée l'état de son enfant. D'autres facteurs traumatiques, tant passés qu'actuels, ont pu également être abordés avec elle durant ce traitement qui a duré trois ans.

A l'âge de 4 ans, A. a développé très rapidement un langage à valeur communicationnelle et un traitement individuel lui a été proposé à raison de deux séances hebdomadaires, toujours avec le même psychothérapeute. La famille était reçue régulièrement par le consultant. Jusqu'à cet âge, A. avait pu être maintenu en milieu ordinaire, il a ensuite été orienté vers un hôpital de jour, du fait de ses difficultés adaptatives au grand groupe de la classe de maternelle. Il y a bénéficié d'une insertion scolaire à temps partiel. Bénéficiant de la loi de 2005 il a été reçu en CLIS, puis en UPI et pris en charge jusqu'à ce jour

dans des hôpitaux de jour successifs. Actuellement se pose la question de son orientation professionnelle.

Si A. consultait aujourd'hui, le même schéma thérapeutique lui serait-il proposé ? Sans doute, non. On peut gager qu'il y aurait plus de bilans, peut-être plus d'approches diversifiées d'emblée : sensori-motricité, orthophonie, PECS, le lien cependant ne nous permet pas d'affirmer que l'évolution en aurait été modifiée, ni comment. Tout ce que l'on peut dire c'est qu'avec l'approche à la fois pédopsychiatrique et psychanalytique qui fut la nôtre dans ce cas précis, A. est aujourd'hui une personne de 20 ans qui pense, ressent, parfois douloureusement, se questionne. Il perdure chez lui, cependant, un seuil d'excitabilité psychique, d'hypersensibilité qui rendent son adaptation à la vie sociale adulte encore difficile.

B. a aujourd'hui 7 ans. Nous le connaissons depuis l'âge de 2 ans et demi. Il nous a été adressé par la crèche. Avant de venir nous rencontrer, les parents avaient consulté en libéral mais n'en avaient pas été satisfaits. Dès la première consultation, le diagnostic d'autisme est évoqué. La dimension d'hyperactivité motrice est très prégnante et un bilan sensori-moteur est proposé qui sera suivi par la mise en place d'un traitement sensori-moteur, puis d'une prise en charge orthophonique. Il est proposé aux parents de consulter parallèlement en neuropédiatrie. Ils choisissent de s'orienter vers un centre référent langage. Le collègue qui les reçoit entreprend un bilan très complet, y compris génétique et les adresse à son tour vers un centre référent autisme, lequel centre, après avoir fait toute une série de bilans préconise une approche hebdomadaire selon la thérapie relationnelle et d'échange mise au point par C. Clément. L'ensemble de ces préconisations se fait sans concertation entre les différents intervenants des différents lieux. Néanmoins les parents font les liens que les professionnels ont du mal à organiser entre eux et au bout du compte B. se retrouve suivi au CMP en psychomotricité et en orthophonie, les parents étant régulièrement reçus en consultation. Une psychologue vient une fois par semaine à domicile (ce suivi a duré deux années). Il a été accueilli en *jardin d'enfant* et l'équipe de secteur a fait régulièrement le point de son adaptation dans cette structure.

Dans ce cas il n'a pas été proposé de prise en charge psychothérapique psychanalytique et l'on est en droit de s'interroger sur les raisons de cette abstention. Il est probable que la dispersion relative des intervenants a contribué à ne pas proposer ce type d'approche à la famille. La prise en charge au CMP est désormais associée à une prise en charge toute récente dans un IME pratiquant l'ABA et choisi par la famille. B. progresse lentement, le langage a commencé à apparaitre et s'enrichit régulièrement, le jeu est présent mais ne peut être partagé avec le consultant, des conduites d'opposition sont mentionnées par les parents, principalement lorsqu'on cherche à lui imposer quelque chose.

C. a 5 ans. Lui aussi a été très tôt repéré (14 mois) à la crèche et traité dans un Centre mère-bébé jusqu'à l'âge de trois ans. Il y a bénéficié d'un traitement psychothérapique mère-enfant et d'une psycho-motricité selon l'approche sensori-motrice de Bullinger (en présence du parent). Il est ensuite orienté vers le CMP, après une évaluation dans un centre référent qui conclut à un autisme de type Asperger. Lorsque nous faisons sa connaissance, le langage est bien établi avec des particularités autistiques, le trouble de la relation est très prégnant, il n'y a pas de jeu mais des actes stéréotypés et des rituels très contraignants. La scolarisation a été mise en place à temps partiel dans un *jardin d'enfant,* mais l'adaptation au milieu est très difficile. Nous reprenons le traitement sensori-moteur et y adjoignons deux séances hebdomadaires en petit groupe thérapeutique. Les consultations mère-enfant sont proposées à un rythme mensuel. Actuellement, nous travaillons avec la famille à une orientation vers un SESSAD spécialisé avec qui nous sommes en lien, afin de pouvoir proposer à cet enfant une intégration en milieu scolaire ordinaire.

Pour des raisons internes au CMP, nous ne disposions pas au moment où nous avons commencé ces prises en charge d'une unité permettant une approche intégrative et intensive qui aurait sans doute été de loin préférable pour ces enfants. Cette unité existe depuis maintenant un an pour les 2 - 6 ans, intégrant groupe thérapeutique intensif (4 fois par semaine) sensori-motricité, orthophonie avec recours si besoin au PECS et au Makaton, liaison avec le milieu scolaire et bien entendu échanges réguliers avec la famille. Lorsqu'elles sont indiquées, les psychothérapies individuelles sont conduites par les thérapeutes du CMP.

Les expériences de prise en charge que nous avons très brièvement décrites nous ont donc conduits à penser et à faire évoluer nos outils de soins. Les psychanalystes du service œuvrent à la prise en charge de nos jeunes patients autistes, en lien étroit avec des collègues de techniques et d'orientation diverses. Cette diversité n'entrave en aucun cas la mise en commun des expériences et des mouvements affectifs éprouvés dans le traitement au long cours de ces enfants. Cette cohérence du soin doit être absolument maintenue.

Enfin, je voudrais insister pour terminer sur l'extrême importance d'une prise en charge la plus précoce possible, dès les premiers mois de vie, d'un enfant à « risque » autistique. Depuis vingt ans existe dans le CMP une consultation parents-bébé et parmi les collègues y interviennent, Bernard Touati et Marie-Christine Laznik qui se sont particulièrement penchés sur les problèmes du diagnostic précoce et du traitement mère-enfant ou parents-enfant de la menace autistique. Il est certain que tout ce travail développé par les équipes de soins de terrain souffre profondément de ne pas avoir été évalué avec des outils répondant aux critères de recherche actuels. À elles de faire savoir avec plus de rigueur tout le travail fourni et toutes les données et connaissances engrangées. ●

** Pédopsychiatre-Psychanalyste. Chef de service du Département de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, 5ème Secteur de Psychiatrie Infanto-Juvénile. Centre Alfred Binet.*

Quels soins spécifiques pour l'adolescent autiste, situations à la Fondation Vallée

Dr Jean Chambry*

● Si les publications ne manquent pas sur la démarche diagnostique et les différentes méthodes thérapeutiques concernant l'enfant autiste, l'adolescent autiste est rarement évoqué. Pourtant, c'est souvent après la puberté que des difficultés majeures apparaissent pour les parents ainsi que pour les équipes soignantes. En effet, le processus pubertaire est source de nombreux changements, en particulier corporels qui modifient les rapports à soi-même, ainsi qu'à son entourage. Ces changements suscitent souvent chez les patients autistes des angoisses insupportables.

Ainsi, l'émergence de la sexualité génitale est source d'un malaise profond tant pour les parents que pour les professionnels. Par ailleurs, il existe souvent une « asexualisation » de la personne autiste. Les parents comme les soignants n'arrivent pas à penser la sexualité de cet adulte en devenir. La notion de pudeur est souvent absente et nécessite un apprentissage des plus délicats. Les rapprochés corporels qui pouvaient être acceptés quand l'enfant était plus jeune ne le sont plus au moment de l'adolescence, ce qui suscite une incompréhension chez le patient.

Un certain nombre d'enfants vont développer au cours de l'adolescence des troubles du comportement. Chez les adolescents les plus handicapés dans leurs capacités de communication, cela peut se manifester par une intolérance à la frustration comme chez le très jeune enfant. Cependant la taille et la force physique du patient entrainent des réactions de peur avec le risque du rejet.

Au Centre hospitalier de la Fondation Vallée, nous sommes régulièrement confrontés à ces situations. Ainsi, un certain

nombre d'enfants, suivis en hôpital de jour ou en Institut médico-éducatif posent de graves problèmes de violence. Les psychotropes sont rarement efficaces et source d'effets secondaires importants. Les familles désemparées viennent alors consulter en urgence. Il serait souvent souhaitable de proposer une période d'hospitalisation qui permettrait d'explorer les différents facteurs contribuant à l'aggravation des troubles du comportement et qui soulagerait l'épuisement familial. Mais très peu de structures semblent pouvoir répondre à ces demandes.

Quand les difficultés comportementales ne s'apaisent pas, le projet thérapeutique initial est remis en question. Seuls les murs de l'hôpital psychiatrique deviennent parfois la réponse. Il est regrettable de constater qu'il n'existe pas vraiment de lieu sanitaire pouvant accueillir ces patients sur un mode séquentiel en relais des projets de soin et de vie afin de permettre une continuité de la prise en charge. Parfois la situation est telle que l'entourage du patient refuse de le recevoir. C'est ainsi que dans notre institution, plus de la moitié des adolescents autistes ont été confiés à l'Aide sociale à l'enfance.

Par ailleurs, ces adolescents deviennent de jeunes adultes et la poursuite de la prise en charge est souvent très difficile. La psychiatrie adulte n'est pas adaptée pour les accueillir et le nombre de MAS est largement inférieur aux besoins. Ainsi, en région parisienne, à la Fondation Vallée, les trois quarts des adolescents autistes devenus adultes sont orientés vers la Belgique. Il est temps, loin des querelles de chapelles, que soient pensés les soins des adolescents autistes, en particulier pour ceux qui n'ont pas les évolutions les plus favorables. ●

Ouss-Ryngaert Lisa et *al.* (2008). L'enfant autiste, Montrouge, John Libbey Eurotext.

** Pédopsychiatre, chef du pôle adolescent - Fondation Vallée (Gentilly) Université Paris Sud, Paris VII - Inserm U669*

Quelques précisions sur autisme et psychanalyse

● *Ces quelques extraits d'entretiens ou d'articles apportent quelques précisions historiques ou conceptuelles concernant l'autisme et la psychanalyse. (Monique Thurin)*

Dans un entretien sur le site internet Oedipe*, dont le thème est « autisme et psychanalyse » **Marie-Christine Laznik,** psychologue-psychanalyste, répond à plusieurs questions en 2005. Ses réponses restent actuelles, notamment :

Concernant la génétique, MC L précise qu'elle tient compte des possibilités de compréhension issues de la génétique et demande des examens surtout pour des enfants entre 18 mois et deux ans présentant un déficit associé à sa fermeture autistique. La dimension génétique de l'autisme reste source de questions puisque l'on voit que chez 80% des jumeaux monozygotes présentant un syndrome autistique les deux enfants sont atteints, alors que dans 20% ce n'est pas le cas. Ces données ne permettent donc pas de conclure à un tout génétique…

Concernant la définition de l'autisme, la difficulté se situe surtout dans le diagnostic DSM « troubles envahissants du développement non spécifiques » car cet ensemble « non spécifique » inclut notamment les psychoses infantiles alors que l'autisme est une entité clairement distincte pour laquelle les généticiens, les psychanalystes, les psychiatres cognitivistes parlent de la même chose. Il existe une difficulté pour les autistes de « haut niveau », que souvent on ne sait pas reconnaître, aider, ni soigner. La possible confusion avec un état psychotique ou borderline est désastreuse.

Il faut distinguer les autistes qui présentent un déficit intellectuel (25%) et ceux qui n'en présentent pas. Parmi les premiers, 15% ont un trouble organique associé (syndrome de West et de Rett, épilepsie, troubles du métabolisme). Une prise en charge précoce peut d'ailleurs se révéler tout à fait bénéfique pour ces cas en permettant d'éviter que se surajoute au tableau génétique un tableau autistique. Par exemple, dans le passé, il y avait un certain nombre de tableaux autistiques qui survenaient dans les cas de trisomie. Ce n'est plus le cas aujourd'hui du fait de la prise en charge précoce de ces enfants. Un travail transdisciplinaire entre psychanalyse et neurosciences a un avenir prometteur.

Concernant le repérage, beaucoup d'enfants sont diagnostiqués avant trois ans et tous le sont à l'entrée en maternelle, s'ils ne sont pas de haut niveau. *Sur la question du repérage avant 18 mois,* la question n'est pas de savoir tout expliquer mais n'est-elle pas plutôt de savoir quoi faire avec les outils qui sont les nôtres ?

La recherche d'une entrée en relation avec l'enfant susceptible de devenir un enfant autiste fait partie de ce que nous pouvons et savons faire, bien entendu.

*http://www.oedipe.org/fr/interview/autisme

Jacques Hochman dans *Le Monde* du 26 janvier 2012 rappelle que « Depuis l'individualisation de l'autisme infantile en 1943, de très nombreux psychanalystes ont étudié la manière dont l'enfant autiste voit le monde, dont il prend conscience de son corps et du corps de l'autre. Ils ont décrit les angoisses que ces enfants expriment verbalement ou non verbalement. Ils ont montré les moyens utilisés par l'enfant pour se protéger contre ces angoisses. Ils ont pu ainsi donner du sens à des comportements insolites. Ils ont également permis de distinguer dans ce qu'on appelle « les troubles du spectre autistique » des positions différentes dans la vie intérieure des enfants. L'école française a ainsi différencié la position autistique proprement dite, marquée par les troubles de la communication et des conduites répétitives, des « dysharmonies psychotiques », où dominent les angoisses de séparation et l'invasion de la pensée par des images persécutrices ».

L'institut psychanalytique de l'enfant rappelle qu'en France, à partir des années 60-70, ce sont les psychiatres d'enfant et les psychologues formés à la psychanalyse qui commencent à se préoccuper du sort des enfants autistes jusqu'alors placés en hôpital psychiatrique ou en institution fermée, où la dimension déficitaire était prépondérante. Ils prennent appui sur les psychanalystes anglo-saxons Frances Tustin, Margaret Malher, Donald Meltzer, et sur l'institution de Maud Mannoni « l'École expérimentale de Bonneuil ». Puis des hôpitaux de jour sont créés où il s'agit d'offrir un accueil qui ne soit pas basé sur le déficit et qui tienne compte de la particularité de l'enfant. La situation familiale fait partie de cette particularité. Les symptômes de l'enfant, tels que stéréotypies, répétitions, écholalies sont considérés comme un premier traitement élaboré par l'enfant pour se défendre…

Les psychanalystes ne contestent en aucune façon l'inscription des enfants autistes dans des dispositifs d'apprentissage. Les praticiens cherchent à privilégier les approches pédagogiques et éducatives qui savent s'adapter pour faire une place aux singularités sociales et cognitives des enfants autistes. Les psychanalystes s'élèvent avec force contre des méthodes dites « d'apprentissage intensif », méthodes de conditionnement…

Denys Ribas dans un article publié sur le site de la *Société Psychanalytique de Paris**, sur le thème de l'autisme infantile, intitulé « Histoires des idées » rappelle le contexte historique de Bettelheim « La tentative thérapeutique de Bettelheim, plus issue de son expérience concentrationnaire que de la psychanalyse, a cependant été assimilée aux USA à une position psychanalytique. Frappé par les réactions de repli total de certains déportés devant un environnement radicalement désespérant, Bettelheim fit le lien avec le repli autistique et choisit de tenter de guérir l'autisme par un environnement qui restaure une confiance. Pour ce faire il se substitua aux parents en accueillant à temps complet des enfants dans son « École orthogénique ». S'il écrit qu'il considère que ce ne sont pas les parents qui ont créé l'autisme, il semble cependant avoir eu un préjugé négatif sur leur responsabilité involontaire ce qui a marqué durablement l'évolution des idées ».

Au delà de ce que dit D. Ribas, on peut à ce sujet se référer à l'ouvrage de Bettelheim « Évadés de la vie », où il décrit comment le comportement très perturbé de l'enfant et les frustrations affectives qu'il engendre, peuvent retentir sur le soignant comme il a pu le faire chez les parents. Il met en garde contre toute attribution aux parents de la causalité des troubles de l'enfant et insiste sur les effets qu'ils peuvent avoir sur chacun d'eux et sur leurs relations.

Dans un autre ouvrage, « Un lieu où renaître » Bettelheim décrit les conditions anti asilaires dans lesquelles *l'Ecole de Chicago* a été créée. Tout cela ramène au contexte historique institutionnel et idéologique d'une époque et rappelle que les meilleures intentions peuvent conduire à des impasses quand elles ne sont pas soutenues par une interrogation et une réactualisation constante. *(JMT)*

* http://www.spp.asso.fr/main/extensions/items/12_autisme.htm ●

Une psychothérapeute, un psychomotricien, une orthophoniste et des infirmières parlent de leur pratique dans des cadres de travail différents

Expérience d'une psychothérapeute-psychanalyste dans le secteur privé à Blois

Pierrette Poyet

● A Blois, où je suis installée en libéral comme psychanalyste et thérapeute, je reçois à mon cabinet des enfants avec autisme depuis quinze ans (après 20 ans d'expérience dans un inter secteur de pédopsychiatrie). Ces enfants m'ont été adressés soit par les parents d'un enfant déjà en thérapie chez moi, ou l'ayant été, soit par ma collègue orthophoniste avec laquelle je travaille en lien étroit, soit par l'Association ANH (Aide Naissance Handicap) où travaille un généticien échographiste qui connaît mon travail, soit par des collègues de départements limitrophes qui m'ont connue par le biais de supervisions, travaux avec des équipes s'occupant d'enfants avec autisme (Jardin d'Enfants Spécialisé, Hôpital de Jour, CMPP) ou (pour l'un d'entre eux) par une psychanalyste travaillant dans une clinique psychiatrique, mais en aucun cas par un des services publics, pourtant débordés avec une longue liste d'attente, les liens entre Public et Privé semblant encore difficile à articuler.

Nous avons donc élaboré petit à petit des liens entre professionnels qui partagent un projet commun dans une atmosphère de respect. Cette collaboration s'est imposée d'elle-même, à partir de l'expérience d'un travail difficile (aider un enfant avec autisme à grandir et à se développer sur le plan personnel et cognitif) et nous faisons appel les uns aux autres. J'adresse les enfants qui consultent chez moi vers une orthophoniste s'ils ne sont pas encore pris en charge, vers une psychomotricienne (si nécessaire), vers une pédiatre exerçant dans le Privé quand un lien doit être fait avec le CRA, par exemple. Il y a aussi une psychiatre exerçant dans le Privé qui peut suivre ou mettre en place des traitements quand ceux-ci s'avèrent nécessaires (un cas de TED plutôt qu'un cas d'autisme m'a été adressé par cette psychiatre). J'ai de bons contacts avec un Hôpital de Jour du Loiret avec qui j'ai travaillé autour d'un enfant avec autisme. Je n'ai pas encore eu l'occasion de travailler avec un IME du département.

En ce qui concerne la sphère scolaire, la plupart des enseignants jouent le jeu et invitent les différents partenaires qui reçoivent l'enfant avec autisme à échanger et se rencontrer lors d'un PPS (Projet Personnalisé de Scolarisation). Les instituteurs, spécialisés ou non sont très en demande de comprendre le sens caché des fonctionnements de ces enfants en souffrance et bien souvent nous faisons des mini réunions en dehors des PPS pour aborder certains problèmes, dans des moments critiques ou pour donner des hypothèses de sens. Ce partage soulage énormément les professionnels, tels que les Aides de vie scolaire (AVS), instituteurs(trices) mais aussi directeur(trice) d'école et je constate toujours une amélioration des problèmes invoqués, après ces réunions. On ne peut pas laisser des personnes seules pour penser des fonctionnements très complexes et avec le doute de ne pas aider toujours l'enfant. Ces craintes doivent être parlées et partagées pour éviter découragement et fatigue. Rien de miraculeux mais un partage des difficultés soulage énormément. Les parents, assistant à ces réunions, sont totalement partie prenante et cherchent le sens avec nous. Ils constatent souvent que les professionnels se donnent du mal pour comprendre, n'ont pas toujours le sens immédiat et cela aide à contenir des situations à la maison, en attendant de les comprendre.

En ce qui concerne le CRA, je demande à chaque famille un bilan complet réalisé par l'équipe de Tours : les comptes rendus sont envoyés au médecin (la pédiatre par exemple).

En ce qui concerne le corps médical, il y a peu de médecins formés au diagnostic des enfants avec autisme, dans l'expérience des parents que je reçois. Malheureusement, ceux-ci sont confrontés à des professionnels qui veulent beaucoup rassurer mais, par là, n'écoutent pas toujours précisément les descriptions des parents qui, dès lors, ne se sentent pas compris. Les parents me disent qu'ils préfèrent (tous), et de loin, une recherche avec eux d'un diagnostic avec affinement des données, observations pendant plusieurs séances et bien sûr, rendez-vous au CRA. Mais, dans un premier temps, je reçois longuement les parents et j'essaie de penser avec eux quels bilans je pourrais conseiller.

Puis je présente le type de travail et le cadre avec lequel je travaille : deux à trois séances hebdomadaires, en tous cas les premières années. Des réunions régulières avec les parents à qui je demande de collaborer du mieux qu'ils le peuvent. Il est très difficile de trouver un consultant en province, les psychiatres sont débordés. Je demande aussi que l'enfant soit amené en séance par l'un des parents, toutes les fois où cela est possible, cela permet de reprendre tout de suite certaines émergences de sens. ●

Expérience d'un psychomotricien dans un CMP d'Ile de France

Gérard Constant

● *Gérard Constant est psychomotricien en CMP dans la région Ile de France. Son activité s'intègre dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire de pédopsychiatrie de secteur. Il a accepté de nous faire part de sa pratique et de partager ses questionnements sur la prise en charge des enfants autistes.*

Précisons d'abord mes modèles de référence. Il est en effet difficile de travailler avec ces enfants sans avoir en arrière plan une ou plusieurs grilles de lecture qui aident à structurer le travail clinique. Ma formation est éclectique et associe les données de la psychologie expérimentale, de la neurophysiologie, de la psychologie génétique, des neurosciences et de certains courants de la psychanalyse. Je me réfère à plusieurs auteurs : Piaget, Wallon, Ajuriaguerra, et plus récemment à André Bullinger et Geneviève Haag.

L'approche corporelle me semble fondamentale pour aider l'enfant autiste à se construire. Et sur ce plan pratique, ni les psychanalystes ni les comportementalistes ne permettent d'affiner le sens de notre travail. Certes, G. Haag nous donne des repères utiles pour voir où en est l'enfant dans le développement de son image du corps. De même, l'approche cognitivo-comportementale nous permet de mieux comprendre le fonctionnement de ces enfants. Mais ce n'est pas suffisant. Quand je travaille avec les enfants autistes, ce sont les recherches de Bullinger sur l'organisme s'édifiant comme corps qui vont m'aider à réfléchir. Car c'est bien ce « trop » d'organisme, ce « trop » de sensorialités qui entravent le désir d'entrer en relation et qui posent question.

Bullinger a une pensée systémique dans laquelle tout les éléments interagissent entre eux : le milieu humain, le milieu physique et le milieu biologique. Entre l'organisme à la naissance et le corps vecteur de représentation humaine, il y a une construction où la subjectivité s'élabore progressivement. Sans la rencontre avec le milieu humain ce processus ne peut se mettre en place de façon harmonieuse. Bullinger fait le lien entre la posture, le tonus, les capteurs sensoriels dans les toutes premières constructions psychiques.

C'est cette dimension que je travaille avec les enfants autistes.

En psychomotricité, nous nous engageons dans l'action à travers les mises en forme du corps, le dialogue tonique, les comptines, les vibrations mais aussi dans une mise en scène spatiale et temporelle de la séance. La salle est découpée en différents lieux où s'élaborent différents échanges. La difficulté est de trouver des astuces pour que l'enfant soit actif. L'idée est de permettre à des enfants très régressés d'ébaucher une temporalité et une spatialisation. Comme dans toute démarche thérapeutique, le plus important en séance, est d'entrer en relation. Dans ce contexte, je me pose les questions suivantes : Quels sont les objets qui permettent d'entrer en relation. Quel est le lieu de l'espace de la salle du psychomotricien qui va permettre la relation ? Quels sont les moyens ? Quel est l'objet qui va permettre de créer un échange avec l'enfant, quelle comptine ? Quel type de son ? Quel type de stimulation vestibulaire, de flux sensoriel en général, d'objet contenant ? Quel type de positionnement du corps, quel langage utilisons-nous? Est ce que ce sont des phrases ou des mots ?

Temple Granding* dit « qu'il faut lui parler par petits paquets », sinon elle décroche très vite ! Les explications doivent être parsemées de supports visuels. Les méthodes de communication par support visuel sont intéressantes du fait d'un défaut d'assimilation du langage d'autrui chez certains autistes. Les mots sont trop vaporeux, il faut les consolider par un support.

En séance de psychomotricité on fait, mais on parle aussi… On se pose des questions : Comment s'adresser à l'enfant ? Comment recueillir ses mélodies s'il n'y pas de langage ?

Mais ce qui fait la spécificité de l'approche psychomotrice c'est la communication corporelle. Nous touchons l'enfant en séance et pas seulement du bout des doigts ! Il est nécessaire de l'aider à mettre en forme des postures de façon à ce que les outils main-bouche-œil puissent se coordonner pour créer de l'espace et découvrir les objets environnants. Les mises en forme posturales sont des étapes nécessaires pour qu'il y ait spatialisation du geste et donc représentation et mémorisation. Il est utile d'aider l'enfant à trouver ses chemins posturaux par une guidance qui ne doit pas être invasive ou trop active du coté du thérapeute.

L'illustration clinique de Bastien nous permet de cerner un peu mieux le travail du psychomotricien. Bastien m'a été adressé par la psychiatre consultante quand il avait 3 ans. A l'heure actuelle il a 5 ans et son emploi du temps est bien rempli. Bastien va à l'école à mi temps avec l'aide d'une AVS. Chaque semaine, il bénéficie d'une séance de psychothérapie, de 2 séances de psychomotricité, de 2 séances d'orthophonie (PECS) à l'extérieur du pôle, et d'une prise en charge *UDAP PREAUT* Croix Rouge à domicile de deux fois deux heures. L'ensemble de ces prises en charge véhicule une dimension résolument complémentaire qui laisse le temps à Bastien d'assimiler les choses. Régulièrement, les intervenants se réunissent en équipe éducative (AVS, l'institutrice, les parents, l'*UDAP PREAUT*) ainsi qu'en synthèse au CMP.

Lors de la première rencontre, Bastien montre des signes d'agrippements visuels importants. Il privilégie la vision périphérique. Par exemple, un grain de poussière éclairé par le soleil à travers la lucarne de la pièce rend difficile l'accroche de la relation. Dans sa motricité, Bastien n'est pas maladroit, il court, saute, grimpe. Cependant il ne répond pas aux demandes, il ne fait que déambuler sans projet. Quand il arrive dans la salle, il ne recherche pas d'action a initier. Il a une motricité instinctive sans représentation psychique. Deux années se sont passées.

Les séances sont plus variées pouvant passer de mises en forme posturales à de la guidance gestuelle en passant par des comptines en « appui-dos » ou en exécutant des parcours dans la pièce avec des objets très contrastés. Des échanges de balles peuvent s'opérer à condition de canaliser spatialement les roulés de balles avec deux planches. Pour lui, je privilégie beaucoup les postures symétriques de façon à ce qu'il utilise sa vision fovéale (qui permet une spatialisation) et moins la vision périphérique (qui stimule davantage les recrutements toniques, ce dont Bastien n'a nullement besoin). Depuis peu, Bastien commence à mettre en forme sa main pour prendre un objet à bon escient. Il peut utiliser son index pour appuyer sur un ressort pour faire sauter une grenouille dans une boîte.

Sur le plan de l'enveloppe corporelle, il a toujours besoin d'être contenu, soit directement avec le corps de l'autre, soit avec un gros ballon que je presse sur lui, dans ce cas il est extrêmement présent dans la relation (ceci rappelle la machine « à calin » de Temple Grandin).

Avec Bastien, les séances ne sont jamais ennuyeuses, il est toujours possible d'accrocher quelque chose dans la relation. Toutefois, ce n'est jamais du symbolique, ou un imaginaire qui s'exprime, il y a trop de corps dans son expression, trop de sensorialité.

Bastien n'a toujours pas le langage, mais il a la mélodie. Quand je lui dis « prend la balle », il ne comprend pas. D'où l'importance de trouver des moyens de communication alternatifs comme l'utilisation de photo désignant des actions. Je travaille sur l'anticipation de l'action à l'aide de repères sonores.

Il y a un an, lors d'une séance en présence de la mère assise a coté de moi, je chantais une comptine. Il était question de montrer et de toucher certaines parties du visage en situation d'appui dos sur un banc avec un miroir en face de nous. Je chantais et je lui guidais les mains. A un moment, alors que je lui approchais sa main près de sa bouche, il a eu un évitement du visage, il a détourné la tête. Je découvris, stupéfait, avec sa mère que Bastien n'avait jamais mis quoi que ce soit à la bouche. Son pouce, un tissu ou quoi que ce soit d'autre... Cet enfant n'avait en effet pas encore construit de représentation psychique de son espace oral du fait qu'aucun lien sensori-moteur n'avait été expérimenté. Lors des séances suivantes, nous avons travaillé avec la maman autour de cette zone (et probablement dans le quotidien les représentations ont changé). Peu de temps après nous avons vu Bastien investir sa bouche à travers l'exploration d'objets divers.

J'avoue mon désarroi, après-coup, quand j'envisage les nombreux entretiens auprès de psychiatres et psychothérapeutes où jamais ce « trou » sensoriel et psychique n'a été abordé. Faut-il toujours attendre que le « signifiant » advienne ? ●

*** T. Granding** (1986), Ma vie d'autiste, Odile Jacob

Propos recueillis par Alexandre Har

Expérience d'une orthophoniste au centre Alfred Binet

Violaine Leclere-Drillaud

● Dans le cadre de mon activité orthophonique en CMP, je suis amenée à recevoir des enfants avec troubles envahissants du développement. Ces enfants me sont confiés par le pédopsychiatre consultant de l'enfant et de ses parents, avec qui, tout au long de la prise en charge, l'évaluation des besoins et des orientations thérapeutiques est discutée. Les enfants peuvent également bénéficier d'un petit groupe thérapeutique ou d'un traitement en psychomotricité. C'est donc avec une équipe pluridisciplinaire que je m'engage dans un traitement qui ne peut avoir pour objectif le seul langage, mais doit prendre en compte l'ensemble de la symptomatologie de l'enfant avec TED.

Je dispose en tant qu'orthophoniste des outils classiques de l'orthophonie et en particulier pour ces enfants, du Makaton et du PECS.

Lorsque je rencontre la petite A., 4 ans et demi, elle présente de graves troubles de la communication, de type autistique. Elle est sans langage adressé ni fonctionnel, mais présente un jargon. Elle ne réagit à aucune sollicitation verbale, elle est dans un retrait permanent, n'interagit pas. Il est rare de croiser son regard. Elle s'agite beaucoup, déambule et ne peut se

poser que lorsqu'elle s'absorbe dans des jeux d'encastrements ou d'alignements.

Sans idée préalable quant à mes orientations, je m'engage dans le traitement qui va se définir au fur et à mesure, en fonction de l'évolution et des caractéristiques spécifiques qui apparaissent au décours de mon chemin avec cette enfant. Les difficultés langagières sont indissociables des difficultés de communication et de comportements. Ces différents troubles, tous imbriqués, vont évoluer selon des phases très repérables et déterminantes quant à mes choix thérapeutiques.

Premier temps

C'est le temps de la rencontre autour des intérêts de cette fillette, cela dure 2 ou 3 mois. Je m'intéresse à ses activités stéréotypées, essayant d'insuffler un peu de vie, de fantaisie, de sens, dans ses alignements et autres rangements.

Ainsi, je fais courir sur ses alignements de briquettes mes doigts, devenus bonhommes sautillant et chantonnant. L'ajustement est délicat, pour ne pas susciter le rejet de la part de la fillette. Au fil des séances, A. accepte mes intrusions plus volontiers, commence à s'y intéresser, à s'en amuser.

Le jeu qui paraissait stéréotypé au départ, me semble peu à peu devenir rituel de démarrage de séance plus que stéréotypie. A. accepte mes variantes dans le jeu et montre une anticipation assez coquine avec de vrais sourires. Des regards timides émergent, je m'en satisfais, ravie.

Le second temps

C'est une période que nous consacrons au chant et aux tracés chantés.

A. présente une sensibilité toute particulière au chant. Je la retrouve plusieurs fois hurlante dans la salle d'attente et agressive vis-à-vis d'une fillette qui chantonne. En séance, elle montre que les comptines et chansons douces lui sont agréables. Il me faut bien ajuster le volume et choisir des berceuses. A. vient alors s'installer sur mes genoux et se fait bercer de longs moments.

Au tableau, avec « les tracés chantés » (tracés que j'accompagne d'une production orale, reprenant les caractéristiques du tracé, comme la continuité du son, ou les ruptures, les hauteurs…) auxquels elle est très sensible, nous installons une première alternance dans des échanges oraux dépourvus de sens. A. reprend, dans un premier temps, les tracés sans oraliser, puis commence à oraliser sur imitation. La butée de la fin du tableau signifie « fin du tracé et alternance des rôles ». Dans les premiers temps, je reprends mon tour sans qu'elle me le demande, puis j'allonge petit à petit le temps de latence entre sa production et ma réponse. J'installe petit à petit une attente, à laquelle elle réagit par des regards. Elle vient me chercher avec ses yeux, j'attribue à ce regard une valeur de demande. Alors je reprends « à moi ! ».

Autour de dessins au tableau, nous commençons à construire du sens. Les tracés chantés laissent place à des dessins chantés, que nous élaborons ensemble, qui sont repris d'une séance à l'autre et s'enrichissent au fur et à mesure. Il s'agit d'escargots, que A. entoure d'un tracé que je fais devenir une maison, ajoutant porte, fenêtre, cheminée « qui fume, qui fume, qui fume »…c'est un moment de grand plaisir pour A. Elle pointe ses demandes, rit beaucoup. L'attention partagée est maintenant continue tout le long de la séance.

Le troisième temps

On entre dans le nommable. On commence à construire le langage. M'appuyant sur les échanges qui sont maintenant solides, et une attention partagée possible, je désigne tout ce qui est présent dans la pièce, de manière systématique à chaque séance.

J'insiste pour obtenir son regard dans la direction de ce que je pointe, ce qui est loin d'être évident pour elle. A. se met à répéter, de manière écholalique, d'une voix chuchotée.

Démarre alors une longue période pendant laquelle A. me fait dénommer tout ce qui passe à notre portée, saisissant ma main comme un prolongement d'elle-même, elle me fait désigner des images, et les nommer, « je dis pour elle ». Finalement, je fais de même avec elle, profitant de son « écholalie », je saisis sa main et lui fais désigner et nommer les dessins.

Lorsqu'un objet est représenté en nombre, A. ne peut supporter que je ne nomme pas chacun d'eux. Si j'essaie d'échapper à cette contrainte qu'elle m'impose, elle s'agite terriblement jusqu'à ce que je cède. Je me dis alors que nous nous trouvons face à un problème de compréhension du langage : les déterminants ne sont pas repérés comme signes porteurs de sens. Je tente de faire passer par le dessin les notions de singulier et de pluriel. L'effet est assez spectaculaire. A. comprend immédiatement l'opposition un crayon/des crayons, et dès lors, accepte que je nomme un pluriel avec un déterminant pluriel et que nous ne pointions plus chaque objet l'un après l'autre.

Quatrième temps

Le traitement dure depuis une année maintenant, nous avons l'une et l'autre beaucoup de plaisir à travailler ensemble. A. revient régulièrement sur nos expériences du début de notre rencontre, reprenant au tableau les dessins, chantant avec moi, mais un travail beaucoup plus organisé commence à être possible.

Le langage émerge de manière évidente, avec les spécificités du langage des enfants avec autisme : la voix est chuchotée souvent, parfois au contraire très forte et criarde, le langage est écholalique, rarement fonctionnel. Au niveau réceptif, il semble qu'A. ait du mal à investir les mots comme des signes porteurs de sens. Elle est maintenant réceptive au langage mais ne le comprend pas. C'est pourquoi je me propose d'introduire le Makaton : système de communication, qui conjugue tout à la fois le langage oral, les signes de la langue des signes française, et des pictogrammes. Ces gestes et images sont utilisés dans le but d'aider à la compréhension, de soutenir le sens du langage oral, pour qu'il soit mieux perçu. J'offre à A. un canal visuel, pour soutenir l'auditif qui n'est pas perçu de manière satisfaisante ou efficace. C'est aussi s'appuyer sur une des compétences de cette fillette, très réceptive aux sources visuelles.

Le jour où j'associe, pour décrire une image, un pictogramme sujet : « la fille » et un pictogramme verbe : « mange », l'effet est radical. S'appuyant sur les pictogrammes, A. énonce les phrases qui illustrent nos images. Mais, en retournant en salle d'attente, elle dit également sa première phrase spontanée : « le bébé pleure ! », énonçant pour la première fois, avec moi, une phrase construite, porteuse de sens, à valeur de commentaire qu'elle veut partager avec moi. Elle est donc capable ici, de généralisation.

Depuis, le langage se monte peu à peu, à l'aide des pictogrammes. Les pictogrammes aident à installer les notions, que A. peut ensuite intérioriser et reprendre à son compte à l'oral.

Aujourd'hui, A. a 7 ans et 4 mois. Elle a un langage adressé, informatif, essentiellement à valeur de commentaire. Il reste encore insuffisamment élaboré, avec une inversion pronominale encore fréquente.

Au niveau de la pragmatique, elle est encore en difficulté, manque de spontanéité dans les jeux de questions/réponses, mais elle comprend des questions simples et peut y répondre lorsqu'on lui signifie que l'on attend d'elle une réponse. Il lui arrive de poser elle-même des questions.

C'est une petite fille impressionnante, maintenant, par sa disponibilité aux apprentissages. Elle est gaie, dans l'attente de ce qu'elle peut, par mon intermédiaire, saisir du langage et de son usage. Elle apprend à lire de manière tout à fait satisfaisante et comprend ce qu'elle lit. Le langage écrit, lorsqu'il sera maîtrisé, sera peut être le support qui remplacera les pictogrammes du Makaton, pour poursuivre l'exploration du langage.

Nous avons des échanges intenses et joyeux. Elle montre maintenant également des capacités symboliques et d'associations, dans des dessins qu'elle fait au tableau, dans un plaisir tout à fait réjouissant. ●

Trois ateliers répondant aux besoins de l'enfant autiste, réalisés par des infirmiers à Nantes

L'Équipe infirmière.
Centre psychothérapique de jeunes enfants.
Secteur 2 de psychiatrie infanto-juvénile CHU de Nantes

Atelier Conte

● Depuis 2 ans, nous proposons à un groupe de cinq enfants autistes âgés de 4 à 6 ans de participer à un atelier conte. Sur une année, nous contons la même histoire. Cette année, il s'agit de l'histoire de « Boucle d'or ». Nous sommes deux infirmières à conter et trois infirmières à accompagner les enfants dans l'écoute. Les enfants sont installés sur des matelas avec des coussins en face de la conteuse. Au fil des séances, nous constatons que les enfants s'approprient le conte en s'appuyant sur la gestuelle, les mimiques, le ton de la conteuse. Il nous a paru intéressant de faire évoluer le dispositif de la séance en distinguant la personne qui conte de celle qui mime. A ce jour, une infirmière conte et l'autre mime à côté de celle qui conte, ce qui permet aux enfants d'avoir un regard qui circule de l'une à l'autre et d'associer la représentation visuelle à la représentation auditive. Nous espérons ainsi soutenir les enfants dans leur capacité à entrer de manière plus adaptée en communication. Nous avons pu observer que les enfants étaient plus attentifs et acceptaient plus facilement les variations dans la manière de conter et présentaient plus de réactions émotionnelles. Dans ce cadre, qui se veut sécurisant, les enfants acceptent d'être surpris et de jouer la surprise. Sur ce même atelier et dans le prolongement de l'écoute, nous proposons aux enfants de se retrouver dans une ronde et de chanter la chanson du conte (chanson créée avec les enfants). Cette ronde est l'occasion de travailler les expressions, en s'appuyant sur l'histoire. Par la suite, nous nous installons autour de la table pour colorier un dessin en lien avec l'histoire et nous terminons par un temps de pâte à modeler. Les temps de dessin et de pâte à modeler sont l'occasion pour l'enfant de nous transmettre son propre récit de l'histoire qu'il a partagée avec le groupe.

Progressivement au cours de cet atelier, certains enfants qui étaient initialement dans l'écholalie peuvent maintenant anticiper le récit par quelques mots ou mimiques ; d'autres, amimiques, acceptent de s'essayer à mimer les émotions. Il nous semble que la ronde, aux rythmes accentués, permet aux enfants de rassembler les expériences auditive et visuelle en intériorisant le vécu corporel (faire le gros ours avec la grosse voix, le moyen, le petit). Cette ronde est un vrai moment de plaisir.

Cet atelier nous semble riche car il mobilise différentes modalités de communication et d'expériences sensorielles. Il nous permet d'observer et de soutenir les compétences émergentes des enfants.

Atelier socialisation « A l'aventure »

Dans le cadre des rencontres que nous avons avec les familles, les parents d'enfants autistes nous évoquent bien souvent les difficultés qu'ils rencontrent lors des sorties courantes de la vie quotidienne. Nous avons mis en place un atelier hebdomadaire, nommé « A l'aventure », qui permet aux enfants d'expérimenter des sorties dans différents lieux et contextes. Les enfants sont accueillis par groupe de 4 et encadrés par 3 soignants. La sortie est préparée d'une semaine sur l'autre par un travail à l'intérieur de l'hôpital de jour (photos, dessins, collages, itinéraires, transport, préparation du sac…).

Ce vendredi-là, nous avions décidé de partir à l'aventure à la rencontre de l'éléphant sur l'Ile de Nantes. Nous savions qu'il était possible de proposer aux enfants un tour de manège sur le grand carrousel. Nous invitons les enfants à choisir une place sur le manège. C'est tout naturellement qu'Yves prend place avec ses copains du groupe dans le manège et il ne manifeste pas d'angoisse particulière. En revanche l'arrêt est plus difficile, Yves nous fait comprendre par ses cris et sa posture qu'il aurait aimé poursuivre l'aventure. A notre retour, nous relatons aux parents dans le cahier de liaison l'aventure de la matinée. Les parents nous transmettent alors qu'Yves n'a jamais voulu monter sur un manège en leur présence et qu'il s'agit donc de la première fois. Depuis ce jour, les parents ont plaisir à voir leur fils faire du manège avec sa petite sœur Nicole. Nous pensons que cet enfant a pu expérimenter le manège parce qu'il y avait été préparé dans un cadre groupal et qu'il a pu transposer son vécu intérieur à l'extérieur, l'enveloppe groupale étant identique.

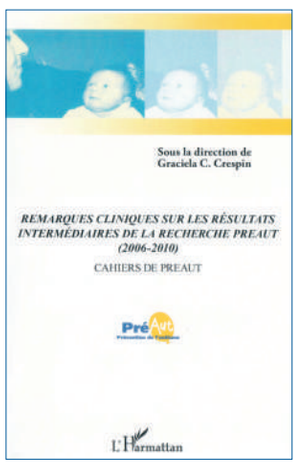
Forts de cette expérience, nous avons été amenés à élargir cet atelier : en recevant un enfant qui refuse d'aller à l'hôpital pour se faire soigner les dents. La maman a pris, à plusieurs reprises, des RdV mais celui-ci a violemment manifesté son opposition. Devant le désarroi de la mère, nous décidons de faire un travail préalable à l'intérieur de l'hôpital de jour. Cet enfant participera à une sortie avec d'autres enfants pour rencontrer le dentiste, avec l'espoir que ce petit garçon garde en mémoire une expérience positive de cette rencontre pour accepter de se rendre à la consultation accompagné par sa maman et une soignante qui a participé à cette sortie.

Atelier pictogramme

Devant les difficultés que présentent les enfants autistes à se représenter les différentes activités qui vont organiser leur temps d'accueil sur l'hôpital de jour, nous avons construit des pictogrammes communs au groupe d'enfants que nous accueillons. Les pictogrammes symbolisent les différents temps qui vont rythmer et organiser la matinée de ceux-ci. A leur arrivée à l'hôpital de jour, après avoir été accueillis individuellement, les enfants sont accompagnés par petits groupes de 4 ou 5 dans l'espace réservé à l'accueil groupal. Chaque enfant est sollicité pour venir accrocher ses pictogrammes de façon linéaire à l'horizontale sur le tableau.

L'enfant est accompagné pour saisir, puis tenir, et enfin accrocher le pictogramme sur le tableau. Cette première étape lui demande d'exercer son tonus et il est souvent nécessaire de le soutenir dans son geste. Nous accompagnons le geste de l'enfant en nommant les activités et les personnes qui les animent. Ces séances nous permettent d'évaluer si l'enfant est en capacité de reconnaître visuellement son pictogramme, s'il peut y mettre du sens en nommant les personnes et l'activité. Nous avons eu la surprise de constater que les enfants pouvaient rapidement raconter leur matinée et par là-même anticiper. De la même manière, l'enfant raconte sa matinée avant de quitter l'hôpital de jour en retirant les pictogrammes. C'est l'occasion, avec l'aide des soignants, de raconter ce qui s'est passé, en insistant sur les événements importants de la matinée.

Cet atelier permet d'ancrer les enfants dans la temporalité. ●



Remarques cliniques sur les résultats intermédiaires de la recherche PREAUT. (2006-2010) - Cahiers de PREAUT n°8
Sous la dir. de Graciela C. Crespin

Ce numéro est entièrement consacré à l'analyse clinique des premiers résultats intermédiaires de la recherche PREAUT, de 2006 à 2010. Les indicateurs qui peuvent être établis grâce à ces résultats s'avèrent efficaces quant à la détection de difficultés de développement au sens large. La partie centrale du cahier est consacrée à des observations cliniques.

Réseau de Recherches Fondées sur les Pratiques Psychothérapiques : le pôle autisme

Jean-Michel et Monique Thurin

● Le pôle autisme du Réseau de Recherches Fondées sur les Pratiques Psychothérapiques est très actif.

Quatre-vingt cas sont inclus dans ce pôle et les études sont encore en cours. À ce jour, nous disposons de 41 études intensives de cas terminées. Elles portent sur une année de psychothérapie d'enfants âgés de 3 à 15 ans dont le diagnostic CIM est F84-0.

Quelles premières constatations peut-on faire à partir de leur analyse ?

Rappelons que la méthode est celle des études intensives de cas.

Ces études permettent de décrire très finement la situation de départ et le contexte de la prise en charge du patient, l'évolution progressive de sa pathologie et de sa santé, ainsi que les caractéristiques internes de la psychothérapie. La description précise des éléments susceptibles d'intervenir sur les résultats permet d'éviter le groupe contrôle. Le cas est son propre témoin (Kazdin, 1982). Centrée sur les processus de changement et les résultats qui leur sont associés, la durée de l'étude de chaque cas a été limitée dans cette recherche à un an.

La *formulation de cas* initiale est la première étape de l'étude. Elle complète le diagnostic CIM et permet non seulement de préciser les problèmes de l'enfant et son organisation psychopathologique, mais aussi d'établir des objectifs de traitement et de définir des stratégies pour les atteindre.

Cette formulation est complétée par une analyse précise des éléments de contexte susceptibles d'intervenir sur le cours des résultats de la psychothérapie de façon favorable ou défavorables (voir encadré). Le choix de ces éléments a été réalisé à partir de la littérature et des questions actuelles.

L'évolution de l'enfant est suivie à partir de trois types d'indicateurs : symptômes et comportements ; développement et acquisitions d'aptitudes ; vécus de la relation au monde et aux autres et leurs prolongements.

Elle est également abordée à partir de ce qui se passe dans la psychothérapie elle-même. *Chez l'enfant,* tel qu'il se manifeste dans sa présentation (par exemple, anxieux ou détendu, curieux ou peu intéressé), dans sa relation avec le thérapeute (par exemple, provocateur ou compliant) et dans son activité (par exemple, s'engage dans le jeu du « faire semblant » ou

Éléments de contexte susceptibles d'intervenir sur les résultats de la psychothérapie des 41 enfants (Modérateurs)

1. Repérage et prise en charge en psychothérapie

Repérage : 25 enfants ont été repérés avant 3 ans ; 14 enfants ont été diagnostiqués après 3 ans (repérage par l'école, le pédiatre, l'hôpital de jour) ; non précisé chez 5 enfants

Début de prise en charge psychothérapique : 22 enfants ont commencé une psychothérapie entre 3 et 4 ans ; 12 enfants entre 5 et 6 ans ; 7 enfants entre 7 et 13 ans.

2. Contexte de développement

16 enfants n'ont pas présenté de problème particulier au cours de la phase précoce de leur développement (développement normal, enfant décrit facile…) ; 25 enfants sont considérés comme ayant eu un contexte de développement difficile, dont les éléments suivants sont rapportés : troubles du sommeil du bébé ou autres troubles ; anxiété familiale relative à des difficultés personnelles du père ou de la mère ; rupture ayant pu perturber le cadre (p.e., déménagement, changement de nourrice) ; séparation, isolement de la famille.

3. Contexte traumatique

Il peut concerner l'enfant ou la famille avec, dans ce dernier cas, un retentissement possible sur l'enfant. 18 enfants n'ont pas subi d'événement traumatique connu. 23 enfants ont connu un événement noté comme traumatique, tel que : déplacement avec isolement du lieu et de la culture de vie habituels pour la famille ; vécu traumatique de la mère autour de la naissance ou dans les premiers mois de la vie de l'enfant (deuil, maladie de proches) ; rupture brutale avec des personnes essentielles (mère, nourrice) ; naissance traumatique ; accident ou événement médical précoce.

4. Soutien familial

31 enfants bénéficient d'un très bon soutien familial. Chez 10 enfants, ce soutien peut être altéré par des difficultés familiales.

5. Soutien psychosocial

38 enfants bénéficient d'un bon soutien psychosocial. Pour 3 enfants ce soutien peut être altéré par : isolement de la famille dû à déménagement ; enfant gardé à la maison ; grande difficulté liée à la gravité de l'enfant.

6. Soutien de la psychothérapie par les parents

34 familles soutiennent clairement la psychothérapie de leur enfant. Pour 7 familles le soutien peut être altéré par : difficulté à emmener l'enfant à ses séances ; désaccord de l'un des parents sur le type de thérapie ; moindre investissement pour la thérapie.

7. Comorbidité psychique

9 enfants ont une comorbidité psychique : dépression, crise de panique, trouble important du sommeil, hyperactivité.

8. Comorbidité somatique

15 enfants ont des comorbidités somatiques : troubles du sommeil nécessitant une surveillance cardiaque ou résistant aux médicaments, trouble nécessitant hospitalisation précoce, épilepsie, macrocéphalie, reflux oesophagiens, asthme, trouble dermatologique récurrent.

9. Qualité du plateau technique

Tous les enfants ont un bon plateau technique avec des modalités différentes telles que : le rythme des séances est de 1 fois à 3 fois par semaine. La plupart des enfants sont suivis en orthophonie et psychomotricité. Beaucoup ont des activités extérieures ou intérieures (ateliers). Les parents sont la plupart du temps reçus régulièrement.

10. Scolarisation

35 enfants vont à l'école. 2 enfants sont en crèche ou garderie, 1 est à l'école à l'hôpital, 3 ne vont pas à l'école (après essai).

refuse tout imaginaire dans son jeu). *Chez le thérapeute,* au niveau de son approche et de ses interventions techniques (par exemple, orientée sur l'expression verbale, sur l'interprétation ou la modification des comportements), de sa relation avec l'enfant (par exemple, rassurante et protectrice ou non) et de son ressenti (par exemple, confiant ou inquiet). Une attention particulière portée sur *l'interaction entre l'enfant et le thérapeute* est également une évaluation essentielle.

Les scores et les contenus de ces indicateurs sont établis à partir de trois instruments validés (ECAR, EPCA, CPQ). Ces instruments ont été choisis pour leur pertinence clinique, en relation avec les indicateurs sélectionnés*. Les données à partir desquelles les cotations sont réalisées sont les notes très complètes, prises par le clinicien, au cours des trois premières séances, puis au cours de 2 séances à deux mois, six mois et douze mois.

En résumé, ces études permettent de suivre le processus de changement et d'appréhender les évolutions qui se produisent au niveau des différentes dimensions incluses dans chaque indicateur, ainsi que dans les positionnements de l'enfant et du thérapeute, dans leurs actions, et dans les relations qui les accompagnent au cœur de la psychothérapie. Ainsi, par exemple, on peut rechercher si le thérapeute utilise une approche particulière avec un enfant dont la modulation émotionnelle est très faible initialement ou avec un enfant qui ne s'engage pas du tout au départ dans la psychothérapie.

Les différentes manifestations et actions sont considérées en elles-mêmes et dans leur rapport avec l'ensemble des éléments qui constituent leur contexte.

Les études font l'objet de 3 niveaux d'analyse : cas isolé, cas regroupés, cas comparés.

Le cas isolé fournit une mine d'informations. Partageant le même diagnostic CIM F84.0, les enfants se caractérisent en fait par une très grande diversité. Cette diversité s'exprime dans les situations de départ, la sévérité initiale et la trajectoire d'évolution de chaque cas. Les situations de départ peuvent être très différentes au niveau des événements qui ont marqué l'histoire d'enfants chez lesquels le changement représente un trait majeur de leur vulnérabilité. Ainsi, des pathologies somatiques associées au syndrome autistique qui ont pu nécessiter des séparations, la rencontre par un proche de difficultés particulières, etc., peuvent avoir eu des conséquences durables. L'impact potentiel de chacun de ces éléments sur l'évolution de l'enfant est évidemment une des questions de l'étude, tout comme l'âge de dépistage, le dispositif de prise en charge et la scolarisation.

Un autre aspect concerne le niveau de gravité des symptômes et comportements, le niveau de développement et les aptitudes déjà acquises chez chaque enfant. La prise en charge d'un enfant dont la sévérité du syndrome autistique s'exprime à l'ECAR par la persistance de trois symptômes (regard inadéquat, agitation, turbulence et troubles du sommeil) est potentiellement différente de celle d'un enfant chez lequel la plupart des traits pathologiques sont présents avec des scores élevés. De même, si l'on précise que le premier enfant a déjà acquis 8 aptitudes principales sur 14, alors que le second n'en a aucune. À ces différences déjà importantes, il faut ajouter celles qui concernent l'engagement et la participation de l'enfant à sa psychothérapie. Ainsi, près de la moitié des enfants ne sont absolument pas engagés dans la psychothérapie initialement et un tiers ne participent pas à ses activités. Ce « mauvais départ » n'est cependant pas systématiquement corrélé à un mauvais résultat, loin s'en faut. On voit ici tout l'intérêt que peut avoir l'analyse précise de ce qui va se dérouler dans le processus psychothérapique pour comprendre comment des situations très difficiles peuvent se débloquer. Il est bien entendu impossible de présenter ici chacun des 41 cas et nous renvoyons à des articles à paraître.

Les cas regroupés (41) apportent également, dès à présent, des résultats préliminaires solides qui sont à souligner. Ainsi :

Sur un an, la réduction des comportements autistiques et le développement de nouvelles aptitudes représentent un progrès cumulé moyen de 45,5 % par rapport aux évaluations de départ.

Au delà de la diversité de leurs références théoriques principales (psychanalytique : 75% ; cognitivo-comportementale : 15% ; autre : 10%) et de leurs exercices (Service public (H, HJ, CMP, CAMSP) : 19 ; Exercice privé : 14 ; Institution semi privée : 5 ; non précisé : 3), les cotations des 10 items les plus caractéristiques du CPQ, dessinent un « portrait » des psychothérapeutes dans leur prise en charge des enfants souffrant d'autisme : ils sont confiants, impliqués affectivement, sensibles aux sentiments de l'enfant tout en ne répondant pas personnellement à ses éventuels débordements. Ils s'adaptent à son niveau de développement et à la difficulté de l'interaction quand elle survient. Ils interviennent verbalement en clarifiant, redisant ou reformulant ce qu'exprime l'enfant.

Le regroupement des items du CPQ en facteurs relatifs à l'alliance thérapeutique, aux techniques spécifiques relatives à deux « fonctions pivot », la contenance émotionnelle et la verbalisation, et aux approches psychodynamique et cognitivo-comportementale montre notamment que : les thérapeutes renforcent leur engagement dans la psychothérapie lorsque les enfants sont initialement très en retrait ; ils ajustent leur approche à certaines difficultés des enfants, telles qu'une insuffisance notable de modulation des émotions ; les psychothérapies psychanalytiques et les thérapies d'échange et de développement sont associées les unes et les autres à des résultats importants (à analyser plus précisément) ; les agents individuels et techniques agissent et se modifient mutuellement au cours de la psychothérapie.

Les premières comparaisons de cas analogues soulignent l'impact que peut avoir chacun des médiateurs de la psychothérapie et notamment le soutien que lui apporte la famille. L'implication du thérapeute et l'ajustement de son approche aux besoins et possibilités de l'enfant à chaque étape de son évolution, l'engagement et la participation de l'enfant, mais aussi ses nouvelles aptitudes qui modifient ses relations à lui-même, au monde et aux autres, interviennent dans le processus de la psychothérapie.

Enquête menée auprès des cliniciens

A ces résultats issus des études intensives de cas, il convient d'associer ceux d'une enquête menée auprès des praticiens qui ont directement participé aux études. Quatre points ont été particulièrement soulignés par eux : l'introduction de questions théoriques ; l'impact qu'elles ont eu sur leur pratique ; la facilité et l'intérêt du travail en groupe de pairs ; le sentiment que cette recherche semblait importante pour défendre la pratique psychothérapique.

Le Réseau de recherches fondées sur les pratiques psychothérapiques est coordonné par B. Falissard (U669) et JM. Thurin (FFP & U669). Issu d'une sélection très compétitive par l'Inserm, il bénéficie du soutien de la Direction Générale de la Santé et de la Fondation de France. ●

** Instruments en relation avec les indicateurs sélectionnés (voir les numéros PLR 57 et 66, décrivant ces instruments)*
- Symptômes et comportements autistiques (ECAR, Barthelemy et al. 1997),
- Développement et acquisitions d'aptitudes (EPCA, Haag et al. 2010).
- Vécus de la relation au monde et aux autres. Processus interne de la psychothérapie (CPQ, Schneider et Jones, 2007).

Comité de pilotage du Réseau

Coordonnateurs : Jean-Michel Thurin (FFP-U669) et Bruno Falissard (Directeur U 669)
Membres : Monique Thurin, Bernard Golse, David Cohen, Catherine Barthélémy, Geneviève Haag, Marie-Christine Cabié, Olivier Lehembre, Philippe Robert, Denis Mellier.
Équipe méthodologique et analyse des données : Jean-Michel Thurin, Monique Thurin, Bruno Falissard, Tiba Delespierre, Hervé Guyon.

Dialogue psychanalyse-neurosciences entre Marie-Christine Laznik et Yves Burnot à l'occasion de la présentation du cas du petit H.

Le petit H. a 2 mois, il est né dans une famille de 5 enfants. Un grand frère, âgé de 4 ans, est autiste. Dès 4 mois, la maman a senti que son bébé avait un « retard de langage ». Il est vrai que les 3 autres enfants ont eu un développement normal, ce qui a permis sans doute qu'elle se rende compte de certaines variations fines dans le comportement de H. C'est dire à quel point il est fondamental d'écouter les craintes des parents. C'est en raison de ce risque que l'enfant va être suivi très tôt par MC Laznik qui filmera les séances avec l'accord de la maman, toujours présente.

Les différentes séances filmées montrent bien les moments de retrait, d'abord perçus par la maman, puis agis au cours des séances. Généralement, la relation est rétablie mais, quelquefois, ce retour est impossible quelque soient les tentatives de la maman de H. et de MC. L. pour y parvenir. L'un de ces épisodes a été approfondi et une hypothèse sur l'origine de son déclenchement a été posée : H a perçu dans la mimique de sa mère et de MC. L. leur anxiété suscitée par le fait qu'elles ont perçu qu'il bavait à l'occasion d'un trouble gastro intestinal, signe accompagnant fréquemment le syndrome autistique. Ce signe a été perçu comme la confirmation du diagnostic redouté.

Lors du séminaire qui vient de se tenir au Centre Alfred Binet MC. L. a présenté cet épisode du traitement filmé. Il a été discuté ensuite par Yves Burnot (Inserm U483-Salpétrière).

Voici un bref compte rendu de ce dialogue.

Y. Burnot propose de mettre en relation la scène clinique avec ce qui peut lui correspondre au niveau neuronal. Une des caractéristiques du trouble autistique est l'hypersensibilité sensorielle qui l'accompagne, qui fait qu'un petit événement peut tourner à la catastrophe. "Les neurones s'adaptent en permanence pour capter des choses qui ont du sens. Lorsque quelque chose se produit, le cerveau peut aller dans le sens de ce qui se passe dans le monde extérieur, mais l'hypersensibilité peut également conduire à une fermeture lors de situations intolérables". L'enfant peut alors se créer une activité sensorielle propre pour se détourner du monde extérieur (balancement, par exemple). Comment ici MC. L. rejoint-elle l'enfant ? L'enfant a un objet dans la bouche. MC. L., très attentive, engage (à son insu ?) une imitation de ce mouvement et devient expressive au niveau de la bouche, ce qui amplifie le dialogue. C'est la propre activité de l'enfant qui est amplifiée. Ce moment de réaccrochage produit un vif plaisir de la maman de H. et de MC. L.

Dans la relation, deux situations sont insupportables, celle d'une activité sans retour et celle où le monde extérieur tente d'imposer ses propres rythmes et sa propre activité. Y. Burnot remarque qu'au moment où l'échange se déplace un peu entre MC. L. et la maman, H. aurait pu se fermer. Mais la mère parvient à rattraper et à rentrer dans le jeu avec une petite girafe.

"Le dialogue ne pouvait se faire qu'autour de ce qui était dans la tête de l'enfant. Le fait d'avoir un énorme retour de ce que l'on initie soi-même éloigne de toute hypersensibilité et douleur. Cela peut se retrouver au niveau neuronal. Les neurones ont une forte activité permanente, surtout chez ces enfants. Il suffit qu'il y ait des signaux trop rapides, non maîtrisés qui ne peuvent pas s'intégrer et la porte se ferme. L'amygdale (centre des émotions) est une porte qui se bloque automatiquement. Une fois bloquée, la porte est difficile à réouvrir."

- Est-ce qu'un très grand plaisir peut produire un frayage particulier ?

Le problème est surtout qu'il n'y ait pas fermeture. "Ces enfants n'ont aucun problème particulier d'apprentissage. Le problème est qu'ils puissent apprendre avec l'adulte. Les apprentissages moteurs vont être simplement un peu retardés, l'apprentissage de jouer avec un bol ne va pas poser de problème. S'il n'y a pas d'hypersensibilité qui peut casser la relation, les apprentissages peuvent aller beaucoup plus loin. Un apprentissage très important est de savoir prédire les autres, de savoir faire avec les autres. Les apprentissages qui touchent aux émotions, à l'expression du visage, au langage, sont à très grande finesse temporelle. Pour arriver à attraper sur le flux les petites variations qui vont avoir du sens, il faut qu'il y ait beaucoup d'accord avec le monde environnant et en particulier qu'il n'y ait pas de fermeture avec les proches".... *(JMT)*



Petit Glossaire : ABA : *Applied Behavior Analysis* ; **ASE** : Aide Sociale à l'Enfance ; **AVS :** Aide de vie scolaire ; **CAMSP :** Centre d'Action Médico-Sociale Précoce ; **CMP :** Centre médico-psychologique ; **CLIS :** Classe pour l'inclusion scolaire ; **CRA :** Centre de Ressources Autisme ; **IME :** Institut Médico-éducatif ; **Makaton :** programme d'éducation au langage, constitué d'un vocabulaire fonctionnel utilisé avec la parole, les signes et/ou les pictogrammes ; **MAS :** Maison d'accueil spécialisée ; **PECS :** *Picture exchange communication system* : communication par échange d'images. ; **PMI :** Protection maternelle et infantile ; **PPS :** Projet Personnalisé de Scolarisation ; **SESSAD :** Service d'éducation spécialisée et de soins à domicile ; **UDAP PREAUT :** Unité d'accompagnement à domicile pour la prévention de l'autisme ; **UPI :** remplacé en 2010 par les ULIS (unités localisées pour l'inclusion scolaire, ex-UPI) : dispositifs collectifs au sein d'un établissement du second degré.

Pour la Recherche

FFP
FEDERATION FRANÇAISE DE PSYCHIATRIE

ffp@internet-medical.com
tel : 01 48 04 73 41 - fax : 01 48 04 73 15

Remerciements

■ A la *Direction Générale de la Santé*
dont la subvention permet l'édition de ce bulletin.

■ *A* la *S.I.P. et à la S.F.P.E.A.*, pour leur soutien actif à la diffusion des abonnements.

Tirage 1200 exemplaires - ISSN : 1252-7695

ABONNEZ-VOUS !

Adressez avec vos Nom, prénom et adresse un chèque libellé à l'ordre de la FFP,
de 28 € (France), 32 € (Institutions), 40 € (étranger)

(4 numéros - abonnement 2012)
à

Fédération Française de Psychiatrie
Bâtiment B - Hôpital Sainte Anne
1, rue Cabanis - 75014 PARIS

Secrétaire de rédaction et maquette : ***Monique Thurin***

Impression : ARTHEO