

MINCHER Jessica

**Université Catholique de l'Ouest
Institut de Psychologie et de Sociologie Appliquées**

MEMOIRE DE RECHERCHE

Autisme :

**La situation clinique d'évaluation et d'observation au service d'une investigation
comportementale et psychodynamique pluriréférencée contribuant à une prise
en charge éducative et thérapeutique.**

MASTER 1

SPECIALITE : Psychologie Clinique

Parcours : Développement

**Année universitaire
2005 - 2006
GRANGEREAU**

**Directeur de mémoire :
Isabelle**

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier tout particulièrement les personnes ayant contribué à l'élaboration de ce mémoire.

Je remercie tout d'abord ma maître de mémoire : Madame Isabelle GRANGEREAU qui m'a encadré tout au long de ce travail. Je tiens notamment à souligner la qualité de son investissement, de son écoute et de ses conseils. Son regard extérieur m'a permis d'améliorer mon étude au fur et à mesure des semaines.

J'aimerais également remercier les psychologues de l' Institut Thérapeutique Educatif et Professionnel « Le Châtelier Henri Ey », à savoir ma maître de stage : Madame Nathalie GOHIN ainsi que son collègue : Monsieur Daniel INIZAN pour leur participation active à ma formation professionnelle et pour l'intérêt qu'ils ont portés à mes réflexions et questionnements.

Je relève également l'accueil et la collaboration des professionnels de l'équipe éducative et pédagogique.

Enfin, je remercie les adolescents du pavillon et en particulier Yann pour leur apport.

« Nous avons le sentiment, et même la certitude, que notre enfant avait des potentialités mais que celles-ci étaient bloquées par son autisme.

Nous nous la représentions comme une enfant entravée, emprisonnée. De plus, elle nous apparaissait comme une énigme. Nous ne comprenions pas le sens de ses comportements mais nous ne les réduisons pas à de simples bizarreries ou à des aberrations. Il était évident pour nous qu'ils recelaient une signification, même si elle nous était inaccessible.

Nous voulions comprendre notre enfant et l'aider à lever les barrières et à progresser ».

(Témoignage de parents).

POUR INTRODUIRE NOTRE RECHERCHE... _____ **1**

CHAPITRE I/ ANCRAGE ET REFERENCES THEORIQUES _____ **3**

1. L'autisme : les différents modèles théoriques _____ **3**

1.1 L'approche psychodynamique de l'autisme	3
1.1.1 Métapsychologie des états autistiques	4
1.1.1. a) Altération des relations mère-enfant	4
1.1.1. b) Altération de la relation à l'objet	5
1.1.1. c) Altération de la différenciation intérieur-extérieur et de l'image du corps	6
1.2 Les approches psychologiques de l'autisme	7
1.2.1 Altération de la communication et du langage	8
1.2.2 Altération des capacités sociales, du partage émotionnel et affectif	9
1.2.3 Altération de la symbolisation : théorie de l'esprit et imitation	9
1.2.4 Altération de la sensorialité et de la perception spatiale	9
1.2.5 Altération des fonctions exécutives	10
1.3 Convergences entre ces différentes disciplines	10

2. L'autisme : de l'enfance l'âge adulte _____ **12**

2.1 L'autisme infantile	12
2.1.1 Principaux domaines affectés, symptômes	13
2.1.1. a) Les interactions sociales	13
2.1.1. b) La communication verbale et non verbale	13
2.1.1. c) Le comportement	14
2.1.2 Diagnostic	14
2.1.2. a) Les classifications nosographiques internationales	14
2.1.2. b) Les différents bilans et évaluations	16
2.2 L'adolescence vers l'âge adulte	16
2.2.1 L'adolescence : une période clef de la prise en charge	16
2.2.1 a) Une vulnérabilité augmentée	16
2.2.1 b) Une période de remaniement	18
2.2.2 Vers un projet de vie adulte	19

3. L'autisme : prise en charge éducative et thérapeutique _____ **19**

3.1 De l'évaluation au projet et à la prise en charge éducative	20
3.1.1 L'évaluation et le projet éducatif	20
3.1.1. a) Enjeu de l'évaluation	20
3.1.1. b) L'évaluation AAPEP au service d'un programme éducatif individualisé	21
3.1.1. c) Apports et limites de l'évaluation	22
3.1.2 La prise en charge éducative : le programme TEACCH	23
3.2 De la compréhension clinique à la prise en charge thérapeutique.	26
3.2.1 Comment la psychothérapie peut-elle aider l'enfant autiste et sa famille ?	26
3.2.1. a) Psychothérapies d'inspiration psychanalytique	26
3.2.1. b) Psychothérapie institutionnelle	28

CHAPITRE II/ EMERGENCE D'UN QUESTIONNEMENT _____ **30**

1. Relation entre éducatif et thérapeutique _____ **30**

2. L'évaluation AAPEP : un élément du projet de soin _____ **30**

3. La situation d'évaluation : analyse clinique _____ **31**

4. Articulation des approches cognitivo-comportementales et psychodynamiques _____ **32**

CHAPITRE III/ ASPECTS METHODOLOGIQUES _____ 33

1. Méthode clinique : une étude de cas _____	33
1.1 L'étude de cas au service de diverses disciplines _____	33
1.2 L'étude de cas en psychologie clinique _____	34
1.3 L'étude de cas appliquée à notre recherche _____	35
2. Evaluation multi-dimensionnelle d'un adolescent _____	36
2.1 Admission au sein de l'ITEP _____	36
2.2 Données anamnestiques du dossier _____	36
2.2.1 Situation familiale _____	37
2.2.2 Développement psychomoteur précoce _____	37
2.2.3 Diagnostique _____	37
2.2.4 Evénements familiaux _____	37
2.2.5 Compte rendu du bilan psychologique _____	38
3. Outils et matériaux utilisés : l'AAPEP _____	38
4. Méthode de recueil des données _____	39
5. Mode d'analyse des données _____	41
5.1 Observations quantitatives _____	41
5.2 Observations qualitatives _____	42

CHAPITRE IV/PRESENTATION, ANALYSE ET INTERPRETATION DES RESULTATS _____ 44

1. Evaluation AAPEP _____	44
1.1 Observations comportementales et évaluation des six domaines de fonctionnement _____	44
1.2 Analyse quantitative comportementale des résultats de l'AAPEP _____	45
1.2.1 Analyse des échecs et émergences pour chaque item par échelle _____	45
1.2.1. a) Compétences professionnelles _____	46
1.2.1. b) Autonomie _____	46
1.2.1.c) Activités de loisirs _____	47
1.2.1.c) Comportement professionnel _____	48
1.2.1.e) Comportement interpersonnel _____	50
1.2.2 Résultats et interprétations des moyennes par échelles et par domaines au regard des réussites et émergences _____	51
2. Observations cliniques _____	52
2.1 D'une prise de contact indirect à nos rencontres _____	52
2.2 Observations au cours des évaluations _____	57
3. Hypothèses et interprétations psychodynamiques _____	61
3.1 Relations à l'autre _____	61
3.1.1 Relation à l'objet primordial _____	61
3.1.2 Relations sociales _____	62
3.2 Investissement de soi-même _____	63
3.2.1 Subjectivité et individualité _____	63
3.2.2 Différenciation intérieur-extérieur _____	64
3.2.3 Angoisse et ritualisation _____	65
4. Perspectives d'action : projet de soin et d'éducation _____	66
4.1 Compétences professionnelles _____	66
4.2 Fonctionnement indépendant _____	67
4.3 Activités de loisirs _____	67
4.4 Comportement professionnel _____	67
4.5 Communication fonctionnelle _____	68
4.6 Relations interpersonnelles _____	68

CHAPITRE V : THEORIE ET PRATIQUE- QUELQUES CONSIDERATIONS ET NON UNE CONCLUSION	69
1. Aspects centraux de notre problematique	69
1.1 Education, thérapeutique et projets	69
1.2 Evaluation, dynamique relationnelle et subjectivité	70
1.3 Articulation entre échelle d'évaluation et observations	71
1.4 Double perspective psychodynamique et cognitivo-comportementaliste	71
2. Discussion de notre travail et perspectives	72
2.1 Validité interne	73
2.1.1 « Pulsions de savoir » et tentative d'objectivation	73
2.1.2 Subjectivité et implication du chercheur et de l'observation	74
2.1.3 Rencontre des parents et aspects éthiques et déontologiques	75
2.1.4 Evaluation plurielle de différents professionnels	76
2.2 Validité externe	77
2.2.1 Travail d'échange pluridisciplinaire	77
2.2.2 Travail d'accompagnement	78
2.2.3 Continuité et aspects généralisateur de notre étude	78
 REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	 80
 SITOGRAFIE	 83
 ANNEXES	 84
 <i>Annexe 1 : Schéma des approches sur l'autisme : divergences et points communs</i>	
<i>Annexe 2 : Domaines de fonctionnement évalués par l'AAPEP</i>	
<i>Annexe 3 : Exemple de cotation et d'analyse des résultats de l'AAPEP</i>	
<i>Annexe 4 : Fiche de cotation AAPEP par Echelles et par items</i>	

POUR INTRODUIRE NOTRE RECHERCHE...

Beaucoup d'études ont été menées sur l'autisme mais il demeure néanmoins plus d'incertitudes que de certitudes ainsi que des clivages théoriques bien marqués en particulier en ce qui concerne l'étiologie de cette pathologie.

Aborder l'autisme implique pour nous d'appréhender ce syndrome dans une perspective théorico-clinique dynamique, intégrative et ouverte aux différentes voies d'exploration que nécessitent à la fois la complexité de cette pathologie et la forte variabilité des personnes atteintes.

Nous adoptons dès lors une approche complémentaire en considérant l'autisme comme un trouble du développement et en le référant à la pathologie développementale.

Nous abordons complémentirement l'autisme tel un handicap puisqu'il implique de penser un aménagement et une intégration.

Enfin, quelque soit sa nature ou les catégorisations assimilant ce syndrome à une psychose, l'expérience psychanalytique auprès d'enfants autistes montre que s'exercent toutes sortes d'intrications entre l'organique et le psychiatrique et que le développement se fait de toute façon selon les lois psychodynamiques, dimension que nous serons loin de négliger dans ce travail.

Par ailleurs, des problèmes majeurs ont été mis en évidence en ce qui concerne le diagnostic, l'évaluation, les prises en charge thérapeutiques, éducatives et l'intégration sociale en même temps qu'une volonté politique de les résoudre.

Les principaux documents de référence faisant un état des lieux des prises en charge des autistes en France dans les années 1995 (rapports de l'Inspection Générale des Affaires Sociales et de l'Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale) mentionnent que celles-ci constituent à la fois une priorité thérapeutique, pédagogique, éducative et sociale.

Du point de vue de la prise en charge, nous pouvons constater que l'accueil des jeunes gens présentant une pathologie autistique est toujours un défi posé à une équipe. Souvent, les autistes présentent des compétences très hétérogènes, ils sont plus ou moins aptes dans un domaine et pas du tout dans un autre. Ils montrent peu d'intérêt aux activités, ne font pas preuve d'initiatives et nous devons constamment les solliciter. De plus, les changements sont pour eux difficiles à accepter et il leur faut du temps pour se sentir à l'aise dans un nouveau milieu.

De la part des éducateurs, il y a de la fascination dans le sentiment qu'ils éprouvent à les rencontrer, de l'usure et une impression d'impuissance quand ils les fréquentent dans la quotidienneté, des moments de désespoir devant des évolutions trop lentes et parfois, de la fulgurance dans les instants de rencontre et de compréhension.

Ainsi, le retentissement des troubles sur les familles et sur les équipes de soin est également pris en considération et des questionnements se dessinent alors autour des projets et ce tout particulièrement lors du passage de l'adolescence à l'âge adulte avec des interrogations concernant notamment l'insertion professionnelle et résidentielle.

La question se pose de ce fait du côté d'une possible prise en charge psychologique et éducative individuelle avec référence ou non aux théories psychanalytiques ou groupales dans un cadre institutionnel.

Il y a alors possibilité de conduire des évaluations pour une optimisation du projet en privilégiant à la fois un aspect éducatif contribuant à l'intégration mais également une prise en compte du sujet psychologique et de ses coordonnées singulières.

Il s'agira dans ce travail de se situer concrètement à la fois dans une perspective de recherche et d'action, à travers des observations cliniques en situation d'évaluation, afin d'aboutir à une proposition de prise en charge au regard de la dynamique psychopathologique d'un sujet et de son individualité.

Pour élaborer notre recherche, nous sommes partie d'interrogations qui ont émergées au cours de notre stage.

Au fur et à mesure de ce mémoire, nous mettrons en lumière notre problématique, issue de nos premiers questionnements et découlant de notre théorie, celle-ci étant le reflet de nombreuses recherches concernant notre sujet d'étude.

CHAPITRE I/ ANCRAGE ET REFERENCES THEORIQUES

Dans notre partie théorique, nous insisterons sur le fait que les progrès accomplis dans la compréhension de l'origine des troubles autistiques, dans la connaissance de leur physiopathologie et de leur psychopathologie ont permis d'améliorer les prises en charge. En effet, l'avancée des connaissances sur l'origine et la nature des comportements autistiques a contribué à élaborer des modalités de prise en charge, bien que les divergences majeures entre différents courants de recherche aient pu aboutir à des clivages portant sur le choix des moyens utilisés, la visée des actions entreprises et les critères d'évaluation de l'autisme.

Par ailleurs, nous constaterons que chaque période de la vie apporte de nouveaux défis aux autistes, à leurs familles et aux soignants.

Enfin, nous nous appuierons sur une démarche d'articulation de l'éducatif et du soin dans une perspective éducative et thérapeutique individualisée.

1. L'AUTISME : LES DIFFERENTS MODELES THEORIQUES

Les causes des troubles autistiques sont multiples et ne sont pas encore clairement identifiées. Il y a maintenant un consensus pour considérer ces troubles comme d'origine multifactorielle, avec des facteurs individuels divers, parmi lesquels on trouve une composante génétique importante et des facteurs environnementaux qui restent encore à préciser.

A côté des recherches centrées sur les causes possibles de l'autisme, de nombreux travaux tentent de dégager les mécanismes sous-jacents aux troubles autistiques, proposant différents modèles de compréhension. Une quantité impressionnante d'hypothèses, d'approches, de modèles et de théories a vu le jour depuis une soixantaine d'années. Certaines de ces approches sont essentiellement théoriques, d'autres sont largement fondées sur des faits et des expériences visant à décrire ou expliquer les processus.

1.1 L'approche psychodynamique de l'autisme

Cette approche fait date dans l'histoire du syndrome et prend appui sur des données issues des courants théoriques psychanalytiques. Des auteurs de formation psychanalytique se sont en effet intéressés à l'autisme, à la fois dans la perspective d'améliorer la prise en charge thérapeutique mais aussi dans le but de tenter de comprendre et d'élucider les mécanismes psychologiques à l'œuvre dans cette affection et d'en effectuer une élaboration théorique.

Ces modèles de compréhension sont intéressants mais ne prétendent pas constituer un modèle étiologique qui aurait prétention d'expliquer la genèse des états autistiques.

Les psychanalystes abordent généralement l'autisme infantile à travers le concept clé de « défenses » et pour eux, l'autisme est une psychose ce qui pose des problèmes terminologiques par rapport à la nosographie de la communauté internationale, le considérant comme un trouble envahissant du développement.

Une véritable clinique psychodynamique a été créée par des psychanalystes qui ont décrit différentes caractéristiques retrouvées chez nombre d'enfants autistes: absence de reconnaissance claire des limites de soi, utilisation de la main de l'adulte comme un prolongement de soi, absence de reconnaissance de l'autre en tant que tel, attirance pour des objets pourvoyeurs de sensations.

En référence à cette approche, la principale « panne développementale », quelles qu'en soient les causes, semblerait être la non constitution, ou l'effondrement des premières constructions du moi corporel permettant à la fois d'être dans sa peau et de contenir les émotions.

1.1.1 Métapsychologie des états autistiques

Les principaux auteurs ayant véritablement abordé la question de l'autisme sont les post-kleinien : Tustin (1977) et Meltzer (1980).

Néanmoins, Bettelheim (1969) et Malher (1973) sont sans doute les plus connus du fait du succès massif de leurs théories psychodynamiques très en vogue à l'époque aux Etats-Unis, mettant en avant de traits de personnalité supposés à valence négative chez les parents d'enfants présentant une pathologie autistique, thèses largement controversées depuis.

D'autres chercheurs tels que Haag (1983) et Houzel (1983) ont étudié les différents types d'angoisses primitives du bébé : vidange, liquéfaction, effondrement et les mécanismes de défense associés : démantèlement, adhésivité, projection.

Ces auteurs ne se réfèrent pas tous à la même vision conceptuelle mais ils ont chacun apporté leur compréhension propre à l'élucidation des mécanismes autistiques.

1.1.1. a) Altération des relations mère-enfant

En se basant sur la définition que Kanner (1943) donne à l'« autisme infantile précoce », la psychanalyse postule qu'il est dû à un trouble précoce dans la relation mère-enfant. Le point de vue actuel minimise l'impact des caractéristiques parentales sur la pathogenèse de l'autisme ; toutefois le rapport étiopathogénique avec la famille n'est pas exclu.

Bettelheim (1969) a considéré l'autisme comme une réaction psychologique à une « situation extrême ». Selon lui, c'est l'échec précoce et grave de la relation de mutualité entre le bébé et sa mère qui le confronterait à une « situation extrême » à plusieurs étapes critiques de son développement.

Il est reproché à cet auteur d'avoir trop mis l'accent sur les facteurs maternels contribuant à l'autisme et d'avoir largement sous-estimé les facteurs génétiques et neurobiologiques de cette affection.

Dans les années quatre-vingt, les auteurs qui ont repris ces hypothèses pour les vérifier s'accordent tous pour proposer une autre explication : les relations parents-enfants seraient atypiques en raison de la confrontation à un enfant ne répondant pas aux tentatives de communication. Les troubles émotionnels des parents seraient alors réactionnels à la pathologie et non les déclencheurs de l'autisme.

Malher (1973) a décrit les psychoses autistiques en les comparant aux psychoses symbiotiques, mettant l'accent sur les mécanismes de défenses tels que la conduite hallucinatoire négative qui annulerait la perception de la mère quand celle-ci n'est pas appréhendée par l'enfant comme une référence émotionnelle stable. Cette approche suppose l'existence d'une phase autistique normale chez le nourrisson, supposition qui semble largement erronée à l'heure actuelle.

1.1.1.b) Altération de la relation à l'objet

Une caractéristique du fonctionnement autistique est constituée par l'importance accordée dans ce fonctionnement à la notion d' « autosensorialité ».

Celle-ci est marquée par la fascination qu'exercent sur l'enfant certaines sensations ayant un fort pouvoir attractif sur lui. L'objet producteur de sensations apparaît alors comme indissolublement lié à la sensation elle-même dans une relation de quasi-identité entre la zone corporelle et l'objet stimulant (Aulagnier, 1975).

Cet agrippement du fonctionnement psychique à des activités sensorielles est contemporain d'une désorganisation, d'une sorte d'automutilation psychique qui a été conceptualisée de façon intéressante par Meltzer et ses collaborateurs (1980) sous le nom de « démantèlement » et d'« identification adhésive » traduisant une altération de la relation à l'objet.

Il décrit chez ces enfants un processus de clivage selon lequel ils démantèlent leur moi en des capacités perceptuelles séparées : le voir, le toucher, le sentir, l'entendre et ainsi réduisent l'objet en une multiplicité d'événements unisensoriels ce qui ferait vivre l'enfant autiste dans un univers unidimensionnel. Cet auteur définit le « démantèlement » comme un processus de désorganisation des sensations qui aboutit à ce que les différents sens s'attachent de façon dissociée à l'objet le plus stimulant du moment. Pour exemple, l'ouïe s'accroche à un son, l'œil à une lumière, le goût ou l'odorat se fixent électivement de leur côté. L'enfant perd alors le sens de l'objet total comme conglomérat organisé de sensations différentes et son psychisme est écartelé entre une multitude d'événements sensoriels juxtaposés et non coordonnés qui ne peuvent donc être véritablement intégrés au fonctionnement psychique.

1.1.1. c) Altération de la différenciation intérieur-extérieur et de l'image du corps

L'enfant autiste témoigne d'une absence de reconnaissance de l'autre en tant que tel, d'une absence de reconnaissance claire des limites de soi, le non-soi étant cependant parfois perçu de façon indistincte mais toujours comme dangereux et devant être maintenu à distance.

Pour les psychanalystes, le repliement sur son monde intérieur du sujet autiste, refusant tout contact avec le monde extérieur, peut être conçu comme l'effet d'un ratage radical de la mise en place de l'image du corps. En effet, l'enfant peut s'éprouver comme dépourvu de monde intérieur, d'espace interne et être amené à se vivre comme une pure surface sensible dans un monde unidimensionnel, monde où l'extérieur et l'intérieur ne sont pas différenciés.

Kanner (1995) mentionnait qu'« *il y a depuis le départ une extrême solitude autistique qui, toutes les fois où cela est possible, dédaigne, ignore, exclut tout ce qui vient vers l'enfant de l'extérieur* ». Tout contact physique direct, tout mouvement ou bruit est alors vécu comme menaçant de rompre cette solitude. Chaque apport de l'extérieur représente « une intrusion effroyable ».

Bick (1968) a décrit sous le nom d'« identification adhésive » la principale modalité de fonctionnement identificatoire, pour désigner certains comportements de l'enfant autiste, telles ses réactions de collage à autrui ou d'utilisation du corps de celui-ci comme un simple prolongement de son propre corps. L'identification adhésive est un mode très primitif de rapport à l'autre qui vise à s'attribuer son fonctionnement sans le reconnaître dans son existence propre et sans se différencier de lui. C'est une manière, pour l'enfant de se projeter à la surface de l'objet ressenti lui-même comme dépourvu d'enveloppe et d'intérieur.

Il nous faut également insister sur les modalités particulières d'investissement de l'intérieur du corps et d'utilisation de la surface corporelle. Haag (1983) a souligné la méconnaissance et la non-utilisation par l'enfant autiste de certaines parties de son corps aboutissant parfois à des sortes de clivages du corps.

Dans les syndromes autistiques les plus graves, la surface corporelle ne semble pas source de plaisir. De plus, elle est souvent vécue comme porteuse de trous et de discontinuités. C'est sans aucun doute la bouche, dans tout ce qu'elle implique de discontinuité corporelle, qui apparaît comme le prototype de cet endommagement corporel, le lieu premier de cette « dépression psychotique » (Winnicott, 1975), de ce « trou noir de la psyché » décrit par Tustin (1977).

Cette expérience du trou noir serait à l'origine d'« angoisses catastrophiques primitives », non élaborées, angoisses d'anéantissement, de liquéfaction, de chute sans fin selon Haag (1983). Ces angoisses seraient le fruit de la mise en place des différents mécanismes de défenses (« démantèlement » et « autosensorialité ») que nous avons décrit précédemment dont le but serait de nier toute séparation, toute altérité.

L'autiste se ferait une « carapace » dans laquelle, investissant ses propres sensations internes, il produirait les « formes autistiques », à la racine des « objets autistiques », constitués de parties du corps de l'enfant ou d'objets du monde extérieur perçus comme étant du corps propre (Tustin, 1977).

Rappelons que, cliniquement, ce vécu de discontinuité corporelle est repérable dans le comportement des enfants autistes et que ceux-ci utilisent fréquemment des « objets autistiques » pour combler les cavités naturelles d'un corps vécu comme porteuses d'endommagements et de discontinuités.

La contribution des psychanalystes à la compréhension des mécanismes autistiques est riche et diversifiée comme nous avons pu en rendre compte. Ces approches contribuent largement à une meilleure compréhension de la vie mentale des personnes autistes et, par là même, à une meilleure adéquation des attitudes thérapeutiques.

1.2 Les approches psychologiques de l'autisme

Elles abordent l'autisme en tant que trouble du développement et l'approchent sous l'angle de la psychologie de l'enfant, de son développement normal ou pathologique, cognitif et socio-affectif, et de ses liens avec la neuropsychologie.

La recherche en psychopathologie développementale sur l'autisme est récente (explosion dans les années 1985-1995 dans les pays anglo-saxons, puis en France) et est actuellement en plein essor grâce à de nouvelles méthodes d'approche et d'exploration. Ces travaux favorisent la conceptualisation de nouveaux modèles explicatifs portant sur la nature et l'étendue des altérations sociales, affectivo-émotionnelles, cognitives ou communicatives (Tardif et Gepner, 2003).

Les déterminations précises et approfondies des altérations psychologiques principales dans le développement de l'autiste peuvent amener ensuite à rechercher les structures cérébrales ou les systèmes neurologiques pouvant être impliqués (travaux en génétique et en neurologie). Parmi ces travaux, les études des déficits spécifiques cognitifs, communicatifs, sociaux et émotionnels des personnes autistes sont les plus nombreuses et les plus heuristiques et contribuent à approfondir les dysfonctionnements centraux à l'aide de protocoles cliniques expérimentaux et d'outils originaux.

Des méthodes différentes concernant les déficits spécifiques de l'autisme ont émergé. Elles sont distinctes mais non opposées car complémentaires, issues des principales recherches menées conjointement dans plusieurs champs de la psychologie : neuropsychologie, psychologie cognitive, psychologie clinique, psychologie du développement et portent sur l'exploration d'un trouble de base touchant électivement les capacités impliquées dans le développement des relations sociales.

Ainsi, ces différents modèles psychologiques et neuropsychologiques basés sur les déficits clés de l'autisme émergent fondés sur la primauté : d'anomalies sensorielles (Frith, 1992); d'un déficit cognitif (Baron-Cohen et al., 1985 ; Baron-Cohen, 1998) ; social (Hobson, 1986) ; de déficits primaires de l'imitation, du partage émotionnel et de la théorie de l'esprit (Rogers et Pennington, 1991).

A travers ces travaux, il s'agit de voir ce qui dysfonctionne, à partir d'une analyse psychologique et d'une mise en relation avec les processus neuropsychologiques qui sous-tendent ces fonctions mentales.

1.2.1 Altération de la communication et du langage

Le niveau pragmatique est le plus atteint, c'est-à-dire l'usage approprié du langage ou d'un moyen de communication dans un contexte d'interaction sociale.

Les études entreprises montrent que les enfants autistes présentent des anomalies pour repérer : « *les fonctions de la communication, leur donner des priorités selon les situations et les besoins, savoir attribuer du sens, comprendre la déduction, repérer et évaluer la proxémique, les attitudes corporelles, les gestes communicatifs, obtenir et maintenir l'attention d'autrui* » (Tardif et Gepner, 2003).

Sinclair (1992) témoigne de cette expérience dans son autobiographie : « *Je n'ai pas employé le langage afin de communiquer avant l'âge de douze ans non parce que je n'en étais pas capable, mais simplement je ne savais pas à quoi il servait. Pour apprendre à parler, il faut au préalable savoir pourquoi on parle* ».

Dans les domaines de la mémorisation du langage, Hermelin et O'Connor (1970) ont montré que les autistes se souvenaient préférentiellement de séquences de mots ou de phrases dépourvues de cohérence et de signification.

Reprenant la constatation clinique que chez l'autiste, la compréhension du langage est extrêmement littérale, Frith (1992) estime que les difficultés dans le domaine langagier se situeraient au niveau sémantique dans la capacité de comprendre et de donner sens au langage, et au niveau de la pragmatique dans la capacité d'utiliser le langage dans le but de la communication.

1.2.2 Altération des capacités sociales, du partage émotionnel et affectif

La capacité cognitive sociale repose sur la possibilité d'avoir de l'« insight » (intuition) quant à ses propres sentiments et sa vie psychique, ainsi qu'à l'égard de ceux d'autrui. L'expression émotionnelle nécessite à la fois des compétences cognitives basées sur les concepts de représentation et de permanence de la personne et des objets, et des aptitudes sociales puisque les émotions sont partagées avec autrui dans un processus intersubjectif.

Les compétences sociales les plus altérées chez l'autiste touchent la communication interpersonnelle, l'évaluation des réactions affectives d'autrui et l'expression de ses propres sentiments.

Hobson (1986-1993) a mis en évidence un défaut de sensibilité sociale et de décodage des émotions, les enfants autistes éprouvant une très grande difficulté à reconnaître les sentiments et les affects chez autrui.

Les autistes ne font aucune différence entre leur propre pensée et celle d'autrui. Tout est pris « au pied de la lettre » car aucune intention et interprétation ne sont faites sur le discours que tient l'autre.

1.2.3 Altération de la symbolisation : théorie de l'esprit et imitation

Les troubles de la symbolisation sont une donnée constante de la pathologie autistique comme en témoignent les difficultés d'accès au langage, à l'imitation et au jeu symbolique : le « faire semblant ».

Les recherches effectuées sur le jeu des enfants autistes soulignent l'absence ou la rareté des conduites d'imitation qui sont pourtant un puissant vecteur d'interaction sociale, de communication et d'apprentissages cognitif et sociaux au cours du développement normal. Les déficits d'imitation soulignent aussi leur faible accès au jeu symbolique (Baron Cohen, Leslie et Frith, 1985).

Les cognitivistes soulignent l'absence de théorie de l'esprit chez les autistes donnant lieu à un problème d'attribution d'états mentaux et d'intentions à autrui, se construisant vers l'âge de quatre ans dans le développement normal de l'enfant (Baron-Cohen, 1998).

1.2.4 Altération de la sensorialité et de la perception spatiale

Bon nombre d'autistes souffrent d'anomalies dans la modulation sensorielle et ne peuvent filtrer toutes les informations perçues. Celles-ci deviennent douloureuses et ils ne peuvent pas toujours en situer l'origine.

Grâce à un certain nombre de mesures neurophysiologiques, il a été mis en évidence l'hypothèse que l'autisme pourrait être dû à une hypo- ou hypersensorialité à certains stimuli auditifs, une hypo- ou

hyperréactivité à certains stimuli visuels, tactiles et kinesthésiques. Ces troubles induiraient une invasion du monde intérieur par des stimuli non filtrés venus du monde extérieur.

D'autre part, les enfants autistes se fixent souvent sur certains vécus perceptuels très limités et des détails mineurs de leur environnement, négligeant la perception globale (attention hypersélective).

Frith (1992) mentionne que ces enfants vivraient dans un monde fait d'expériences spatiales fragmentées sans cohésion interne. Pour expliquer ces constatations, cet auteur postule l'existence d'une déficience au niveau de certains processus centraux de traitement de l'information : une faiblesse de la force de cohésion centrale qui tend normalement à rassembler et à intégrer l'information pour constituer des ensembles cohérents unifiés et signifiants. L'enfant autiste montrerait un certain détachement vis-à-vis de l'environnement social du fait de cette incapacité à organiser celui-ci en un ensemble cohérent.

1.2.5 Altération des fonctions exécutives

Les troubles des fonctions exécutives se manifestent dans l'autisme par des difficultés de contrôle des actes et des pensées (persévération d'idées, comportements stéréotypés, intérêt restreint et répétitif, actes désynchronisés) et par des problèmes de planification des actions.

Ces anomalies qui peuvent être liées aux déficits d'attention conjointe, de théorie de l'esprit et d'interaction sociale seraient dues à un déficit neuro-cognitif commun marqué par des dysfonctionnements des régions corticales préfrontales et temporales.

La connaissance des problèmes cognitifs permet de mieux comprendre les manifestations comportementales rencontrées dans l'autisme.

En effet, la plupart des comportements inhabituels s'expliquent par la prise en compte les troubles perceptifs et attentionnels, les problèmes de communication, la compréhension réduite et particulière et les problèmes de pragmatique du langage, la difficulté de comprendre et d'interpréter les émotions, l'incapacité à imaginer les états mentaux d'autrui et donc de décoder les ressorts des interactions sociales.

1.3 Convergences entre ces différentes disciplines

Aujourd'hui, grâce à l'essor des recherches dans le cadre de la psychopathologie développementale, de la psychologie cognitive et de la neuropsychologie pour approcher l'autisme, et grâce à l'intérêt des cliniciens et des chercheurs pour mieux comprendre ce trouble, des liens se tissent entre ces disciplines et permettent de sortir des impasses historiques et des querelles idéologiques.

Un schéma en annexe récapitule les différentes approches en proposant un modèle intégré de trois conceptions: neurobiologique et génétique, comportementaliste et cognitiviste, psychanalytique (cf. : Annexe 1 : *Schéma des approches sur l'autisme : divergences et points communs*).

Les courants cognitivistes, dont certains ont cherché le trouble premier dans des mécanismes cognitifs sans articulation fondamentale avec la naissance de la psyché dans sa totalité, semblent maintenant se rapprocher sous diverses formes de l'étude des troubles émotionnels et identificatoires.

Un lien peut ainsi s'établir entre la psychanalyse et le cognitivisme. Selon Marcelli (1983), l'identification adhésive (l'enfant colle à l'environnement comme s'il n'était pas séparé de lui) repérée par les psychanalystes est une entrave à la symbolisation (qui suppose une nomination de l'objet en son absence), donc à la maturation cognitive du sujet.

D'autre part, les concepts avancés par Meltzer et ses collaborateurs (1980) concernant l'altération de la relation d'objet sont en adéquation avec la théorie de Frith (1992) d'un déficit de cohérence centrale et avec de nombreuses données neuropsychologiques, ce qui fait de cette approche l'un des modèles psychanalytiques les plus pertinents.

La notion de défenses (contre l'angoisse, la douleur physique et psychique) utilisée par les psychanalystes n'est pas nécessairement incompatible avec des anomalies de développement neuro-cognitif se traduisant par le morcellement des perceptions.

De même, nous pouvons conserver le concept de défense pour rendre compte des mouvements affectifs et psychiques inhérents à tout personne humaine, même autiste et ce quelque soit son développement neuro-cognitif.

Par ailleurs, Hochmann (1997) a insisté sur le fait que, chez des patients autistes, l'activité de pensée, au lieu d'être source de plaisir et de satisfaction, est source de souffrance. L'enfant autiste se mobiliserait alors pour lutter contre cette souffrance par une sorte de tentative de nier ses propres possibilités de pensée et l'existence de l'autre comme sujet pensant. Ce point de vue se rapproche des hypothèses cognitivistes présentant l'enfant autiste comme étant dans l'incapacité de se représenter autrui comme un être de pensée et d'intentionnalité.

Enfin, dans un autre courant de recherche, les travaux de Bullinger (1993) sur les flux sensoriels, les aspects périphériques et centraux des différents sens, les constructions spatiales en lien avec ces jeux de sensorialités ainsi que sur la tonico-motricité et l'émotionnalité s'entrecroisent avec les perspectives psychanalytiques d'une première construction spatiale du moi.

En effet, les psychanalystes aussi bien kleinien et postkleinien (Klein, Bion, Bick, Meltzer, Tustin) que dans le courant français (Anzieu, Green, Racamier) ont beaucoup travaillé les aspects corporels et spatiaux de la naissance de la psyché ce qui peut amener à se préoccuper davantage du fonctionnement de la perception, de la pensée et des capacités d'apprentissage.

2. L'AUTISME : DE L'ENFANCE L'AGE ADULTE

La personne autiste vit les mêmes étapes de développement que tout être humain. C'est un être en devenir passant par les mêmes phases de la vie que quiconque ; soit l'enfance, l'adolescence, l'âge adulte et le vieillissement.

Compte tenu de la variation des capacités sociales et émotionnelles selon l'âge chronologique et l'âge mental, il est nécessaire, pour comprendre la nature de l'autisme, de suivre l'évolution du développement tout au long de la vie.

Dans une perspective développementale, nous pouvons alors nous intéresser à l'évolution propre de la personne autiste au cours des âges de la vie impliquant des besoins différents et ce particulièrement à l'adolescence, période clef de la prise en charge.

Ainsi, nous aborderons l'aspect diagnostique de l'autisme qui apparaît dans l'enfance, l'évaluation ou la réévaluation, généralement à l'adolescence afin d'aboutir à un projet pour la vie adulte.

Ces différents aspects peuvent se résumer schématiquement à travers trois interrogations:

- ✓ Quels sont les symptômes de cet enfant ? (Aspects diagnostique),
- ✓ Où en est-il ? (Évaluation),
- ✓ Où peut-on l'emmener ? (Projet de vie adulte).

2.1 L'autisme infantile

La précocité du diagnostic permet de mettre en place rapidement une prise en charge thérapeutique qui influence la qualité de l'évolution. Nous pouvons alors penser que plus les modes relationnels autistiques auront fonctionné longtemps, plus il sera difficile d'en inverser le cours ultérieurement.

En 1984, le Dr. Sauvage propose un dépistage précoce de l'autisme en repérant une hypotonie, une absence de sourire et un refus de contact corporel dans les premières semaines après la naissance. Puis elle repère des déficiences de perception, d'imitation, d'intention et des troubles de la communication au cours de la deuxième année de la vie de l'enfant.

Le témoignage de Temple Grandin (2004) illustre la précocité des symptômes autistiques. Elle nous apprend qu'après 6 mois, elle se raidit dans une attitude de rejet lors de contacts physiques avec sa mère. Puis, viennent les symptômes autistiques : « *la fixation du regard sur les objets tournants, l'envie d'être seule, les comportements destructeurs, les colères, l'incapacité à parler, la sensibilité aux bruits imprévus, la surdité apparente et l'intérêt intense pour les odeurs* ».

2.1.1 Principaux domaines affectés, symptômes

Décrit dès 1943 par Kanner, le syndrome autistique a été défini par l'ANDEM (Gepner, Soares et Fleurette, 1994) comme : « *un trouble global et précoce du développement, apparaissant avant l'âge de 3 ans et caractérisé par un fonctionnement déviant et/ou retardé dans les interactions sociales, la communication verbale et non verbale, le comportement* ».

Aucun des signes pris individuellement n'est suffisant pour le diagnostic de l'autisme, c'est leur groupement qui est significatif.

2.1.1. a) Les interactions sociales

Elles sont perturbées en quantité et en qualité : le jeune autiste semble replié sur lui-même, fuit tout contact et paraît indifférent au monde.

Il ne peut décoder les émotions d'autrui (lisibles dans la mimique, l'intonation) et penser que l'autre puisse avoir des sentiments différents des siens.

2.1.1. b) La communication verbale et non verbale

Un autiste sur deux n'utilise pas le langage verbal. Ceux qui accèdent au langage l'utilisent peu ou de façon particulière dans l'intonation ou dans la forme et le fond : inversion de pronoms personnels (l'enfant parle de lui-même à la deuxième ou à la troisième personne), répétitions de mots, de phrases, parfois en écho de la parole de l'interlocuteur.

Avec des variations individuelles, les personnes autistes montrent des compétences limitées pour la prosodie.

Peu accèdent au sens abstrait et prennent les mots au sens propre, pas au sens figuré.

La communication non verbale est souvent inadéquate par le regard, la mimique, la gestualité.

2.1.1. c) Le comportement

Le besoin d'immuabilité est prédominant chez l'autiste avec la nécessité impérieuse de maintenir stable et inchangé son environnement habituel. Des modifications, mêmes minimales du milieu de vie peuvent être à l'origine de manifestations d'angoisses devant tout changement, toute tentative de modification des habitudes de vie.

L'enfant présente souvent des conduites ritualisées de vérification comme s'il voulait s'assurer de l'absence de changements. Certains comportements sont restreints, répétitifs, stéréotypés et semblent lui procurer une intense satisfaction et excitation : utilisation détournée des objets, stéréotypies corporelles ou verbales, ritualisation des comportements. Les aspects cliniques en sont variables mais il peut s'agir de mouvements de balancement du tronc, d'agitation des doigts devant les yeux, des mouvements de tournoiement sur soi-même.

La plupart des autistes ont des colères très sévères et des comportements agressifs, qu'ils soient dirigés vers eux-mêmes (automutilations) ou contre autrui.

Des dysfonctionnements sensoriels sont fréquents, dans le sens d'une hyper ou d'une hyposensibilité perceptive : centration sur les détails, les reflets, surdité apparente et hypersensibilité à des bruits faibles, insensibilité à la douleur ou au contraire, hypersensibilité tactile, balancements.

Beaucoup ont des troubles psychomoteurs associés, une épilepsie dans 25% des cas.

Bien que certains aient des capacités intellectuelles très développées définies comme des « îlots d'aptitudes », dans quelques domaines sélectifs (mémoire des chiffres, des dates, construction de puzzles par exemple), un grand nombre présente un retard mental associé.

2.1.2 Diagnostic

Le diagnostic est une étape cruciale pour ceux qui vont avoir à accompagner l'enfant tout au long de son développement. Il représente la première étape d'un processus d'évaluations multidimensionnelles réalisées par des professionnels complémentaires dans leurs investigations et permet de renseigner sur la nature même du syndrome.

2.1.2.a) Les classifications nosographiques internationales

Le souci de trouver un cadre nosographique adéquat pour l'autisme et les troubles précoces du développement s'est manifesté en France et à l'étranger et a donné lieu à des débats concernant la nature et la définition exacte de l'autisme.

Actuellement, ce sont la CIM 10 (Classification Internationale des Maladies, dixième révision, 1993), le DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders ; APA, 1994), l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé, 1993) et la CFTMEA (Classification Française des Troubles Mentaux

de l'Enfant et de l'Adolescent, Misès et Quemada, 1993) qui servent de référence aux cliniciens pour repérer les troubles autistiques et en poser le diagnostique.

Le consensus sur la définition de l'autisme entre la CIM 10 et la DSM IV prévoit que la triade formée d'un déficit qualitatif de l'interaction sociale, de la communication verbale comme non verbale et d'anomalies dans le domaine moteur (mouvements stéréotypées, répétitifs, TOC, etc.) doit être apparue avant 36 mois.

Toute description, même si elle se veut « athéorique » est purement comportementale. Elle opère un certain choix dans le foisonnement des faits rencontrés, et leur confère une organisation en fonctions de préjugés, explicites ou implicites.

Quel que puisse être par ailleurs l'intérêt de ces classifications, elles ont l'inconvénient de n'appuyer leur description uniquement sur les symptômes ou sur des comportements directement observables sans tenir compte de données plus subtiles concernant la pathologie de ces affections. En effet, elles mettent davantage l'accent sur d'éventuelles anomalies dans la maturation et le développement du système nerveux au détriment des mécanismes psychopathologiques et des modalités relationnelles.

Dans le DSM IV, le diagnostic d'autisme y apparaît comme une étiquette définitive, quelles que soient les modifications du comportement du sujet au cours de sa vie. Cette position est aussi celle de théorisations psychanalytiques qui relie l'autisme et la « psychose », à un défaut fondamental de la structure du sujet.

A l'inverse, la majorité des auteurs d'orientation dynamique se sont attachés à décrire un « processus autistisant », pour reprendre l'expression de Hochmann (1997).

Une grande partie des travaux de ces dernières années est ainsi centrée sur la compréhension de ce processus et les approches susceptibles de le modifier. L'accent est mis sur les angoisses spécifiques, les mécanismes mis en place pour la contenir, les modalités particulières de relation au monde et à autrui.

La répétitivité de l'ensemble des conduites entraîne souvent le sentiment d'une immuabilité des troubles chez tous ceux qui sont en contact quotidien avec des personnes atteintes d'autisme. Il n'en est pas moins vrai que des monographies et des études longitudinales montrent la possibilité, dans certains cas, d'évolution vers des modalités d'organisation mentale très différentes de celles initialement repérées (Misès et Quemada, 1990).

La fixité structurale n'apparaît plus alors comme une caractéristique intrinsèque des troubles autistiques et pourrait être liée, dans certains cas, à des facteurs associés ou refléter l'insuffisance des moyens thérapeutiques mis en œuvre (Misès, 1983).

2.1.2.b) Les différents bilans et évaluations

Le diagnostic repose sur l'ensemble des signes comportementaux et sur l'histoire du développement de l'enfant.

Il comporte différentes étapes : des entretiens avec la famille pour recueillir des informations, l'observation de l'enfant et l'utilisation d'échelles standardisées pour identifier la nature et l'intensité des troubles. Cela permet de déterminer à quelle catégorie diagnostique appartient l'enfant porteur du trouble autistique. Nous pouvons citer à titre d'exemple la CARS, échelle d'évaluation de l'autisme infantile (Schopler et coll., 1980) ou l'ECA, Echelle d'Evaluation des Comportements Autistiques (Lelord et coll., 1989).

D'autre part, plusieurs bilans sont nécessaires: clinique, somatique, psychologique, orthophonique, psychomoteur. A partir de ces données, des examens complémentaires comme des bilans ORL, ophtalmologique, biologique ou l'établissement du caryotype peuvent être effectués. Selon les situations, le recours à l'imagerie cérébrale (IRM, scanner) peut être utile.

2.2 L'adolescence vers l'âge adulte

L'adolescence des autistes en institution est toujours l'occasion pour les soignants d'une réinterrogation sur le projet thérapeutique : évaluation de l'action entreprise antérieurement, aménagement de processus thérapeutiques en fonction des données nouvelles afin d'optimiser l'orientation à l'âge adulte, de permettre l'accroissement des capacités relationnelles et intellectuelles, et , si possible, l'accès à une autonomie sociale, voire à des possibilités d'insertion sociale et professionnelle, si nécessaire en milieu protégé.

2.2.1 L'adolescence : une période clef de la prise en charge

L'adolescence est un moment crucial et difficile du parcours d'un enfant présentant des troubles autistiques. La maturation physique et sexuelle, la confrontation au changement, à l'image adulte semblent parfois modifier sensiblement la symptomatologie.

2.2.1 a) Une vulnérabilité augmentée

Les moments de changement soulèvent de nombreuses craintes, dont celles de régression massives ou de perte des acquis.

En effet, c'est une période imposant au sujet un travail psychique majeur afin d'intégrer dans les modalités du fonctionnement mental les changements induits par la puberté, qu'ils soient corporels

(caractères sexuels secondaires), pulsionnels (accès à la sexualité génitale) ou intellectuels (accès à la pensée formelle).

La société, par la prise en compte des conséquences de la puberté, offre et exige en même temps un changement de statut social et une autonomie progressive.

L'adolescence est alors un moment fécond de l'évolution, avec la prise de conscience souvent douloureuse des limites et des différences imposées au sujet par ses troubles.

Les récits autobiographiques de Grandin (1994) corroborent les recherches empiriques conférant un caractère personnel et authentique par exemple à travers la description de sa nervosité et de son anxiété lors de la puberté : *« Peu après mes premières règles, les crises d'angoisses ont commencé. Je ressentais en permanence une sensation analogue au trac de l'entrée en scène [...], c'était une hypersensibilité plutôt que de l'anxiété ».*

L'évolution est contrastée, avec des progressions dans les acquisitions ou des régressions assez fréquentes et la survenue éventuelle d'éléments dépressifs (Lazartigues et Lemonnier, 2005).

La plupart des études décrivent l'adolescence comme une période de dégradation de l'adaptation sociale : environ la moitié des adolescents autistes étudiés en Suède et à peu près un tiers (32%) à Hong-Kong ont présentés une aggravation des symptômes et une dégradation, temporaire ou prolongée, du fonctionnement social après la puberté (Sigman, 2001).

Une majoration de certains symptômes comme les stéréotypies ou les automutilations peut souvent être constatée.

Ailleurs, nous pouvons observer une mise en difficulté des relations stables et des prises en charge par un adolescent qui se met à tester les limites de ses nouvelles possibilités et qui semble vouloir s'affranchir de toute contrainte qui l'entoure.

Le rapport aux vêtements, à l'hygiène corporelle, la recherche répétitive de disputes, de bagarres, d'actes violents apparemment impulsifs, l'opposition, l'hyperactivité ou le négativisme semblent très fréquents, d'interprétation complexe et de gestion difficile.

En effet, nous pouvons nous demander si ces conduites se situent dans la continuité des problèmes plus anciens ou si elles sont liées à une perturbation associée à la puberté. Certains patients manifestent des angoisses corporelles, des conduites d'agression ou de séduction ou bien ils expriment leur opposition à l'autorité, leur désir de connaître un partenaire.

Parfois, au contraire, bien que ces adolescents passent par les mêmes transformations physiques et sexuelles que les adolescents « normaux », il n'y a pas de sexualité au sens génital, ni de perspectives adultes, comme si le processus absorbait les modifications, surtout lorsque des symptômes importants et

apparemment immuables occupent la scène clinique, ou encore lorsque l'aspect physique reste infantile ou peu différencié (Gauthier, in Deliou, 2003).

2.2.1 b) *Une période de remaniement*

L'accession à l'adolescence représente, comme nous venons de l'évoquer, un risque du fait d'une vulnérabilité augmentée mais également une période favorable à la dynamique du développement avec la possible apparition d'intérêts nouveaux, de compétences accrues et de réorganisations relationnelles. Parfois, des améliorations importantes peuvent survenir, ce que Kanner (1995) avait déjà repéré.

Parmi les études longitudinales sur le devenir à l'adolescence et à l'âge adulte d'enfants suivis en institution psychiatrique ou/et psychanalytique, le groupe de travail de l'ANDEM (Gepner, Soares et Fleurette, 1994) a retenu plusieurs publications. Outre celle déjà ancienne de Bettelheim (1969) figurent les études de Lamunière, Manzano et Peckoua, (1987), Misès et Perron (1993) et de Fombonne (1994).

Une grande part des résultats obtenus dans ces études relève des effets de la cure institutionnelle envisagée dans son ensemble et l'importance de la place accordée à des interventions individualisées (psychothérapies, rééducations, psychomotricité). Les résultats présentant l'évolution des diagnostics de l'entrée à la sortie vont dans le sens de certaines évolutions sous une forme de gravité moindre concernant le langage oral, les apprentissages scolaires, l'efficacité intellectuelle et l'autonomie dans la vie quotidienne.

La période de l'adolescence est parfois présentée comme une dernière chance, ou comme un dernier risque pour les jeunes gens, bien que l'on puisse rencontrer des mouvements évolutifs dans les années qui suivent.

A tous les âges de la vie, il semble essentiel de penser à des « réaménagements masqués » selon Misès et Perron (1993).

Ces auteurs affirment que chez les autistes, « on a longtemps conclu à l'absence d'adolescence parce que les moyens thérapeutiques ne permettaient pas l'exploitation des capacités latentes ». A l'adolescence, l'internat de semaine avec un maintien étroit des liens avec les parents, un travail d'équipe avec la famille est une formule intéressante que propose ces auteurs, favorisant ainsi la prise de distance de l'adolescent à l'égard du milieu familial et son autonomisation.

L'adolescence est alors une période marquée par des changements dans les prises en charge, avec des orientations conduisant à l'étayer dans une vie d'adulte et à le conduire à plus d'autonomie.

2.2.2 Vers un projet de vie adulte

Pour Peeters (1990), l'adulte autiste, comme tout être humain, « *devrait savoir communiquer, vivre dans une communauté avec un minimum d'autonomie, participer à un emploi, occuper ses temps libres de façon satisfaisante et être capable de relations sociales* » et « *il n'est jamais trop tard pour commencer car le but de l'éducation est de leur permettre de moins échouer dans la vie* ».

Selon cet auteur, les personnes atteintes d'autisme peuvent constamment acquérir des connaissances mais cela exige un autre regard sur la prise en charge.

Passée la période de l'enfance, les individus autistes ont toujours besoin d'éducation mais dans un nouveau contexte, celui des aptitudes de travail, d'autonomie et de temps libres.

3. L'AUTISME : PRISE EN CHARGE EDUCATIVE ET THERAPEUTIQUE

Dans notre développement antérieur, nous avons procédé à un état des connaissances concernant l'autisme de l'enfance à l'âge adulte en soulignant les difficultés caractéristiques.

Dans la prise en charge, l'intérêt serait d'encourager les cliniciens, les éducateurs et l'entourage à prendre en compte les difficultés spécifiques.

Selon Mises (1983), la prise en charge doit nécessairement comporter à la fois une « dimension éducative » reposant sur l'engagement direct, le soutien apporté à l'enfant et l'ouverture de nouvelles expériences, et une « dimension psychothérapique » appuyée sur la compréhension et l'élaboration des investissements mutuels selon les divers plans qu'autorise une approche dynamique d'orientation psychanalytique.

La « partie » se joue selon lui dans les liens dialectiques établis entre ces deux versants, sans qu'il y ait, entre eux, ni rupture, ni confusion. Il ne s'agit donc pas de préconiser une démarche ou une autre, soignante ou thérapeutique, en prononçant des exclusives ne faisant que refléter les mécanismes autistiques eux-mêmes.

Il est admis que la précocité des prises en charge et leur adaptation aux particularités individuelles de chaque enfant sont utiles pour limiter les conséquences péjoratives du trouble autistique pour l'enfant et sa famille (Howlin, 2000).

3.1 De l'évaluation au projet et à la prise en charge éducative

L'un des premiers besoins de l'évaluation diagnostique a été de mettre au point une échelle d'évaluation, fondée sur des observations directes et qui pourrait être utilisée par tous les professionnels formés à son usage.

Le diagnostic d'autisme posé par les critères multi-axiaux du DSM IV (American Psychiatric Association, 1994) ou du CARS (Schopler et coll, 1980) reste une étape fondamentale mais ne suffit pas pour mettre en place un programme de traitement individualisé et ne répond pas à la question : quelle progression de développement spécifique de l'enfant autiste peut-on proposer ?

L'évaluation clinique est holistique : observations permettant d'identifier quels aspects du développement sont atteints actuellement par l'enfant dans son comportement, quelles fonctions mentales sont susceptibles de changement, quelles caractéristiques nous souhaitons modifier et quelles sont les conditions acquises pour que ces changements puissent avoir lieu.

Aucun processus thérapeutique, quelque soit son modèle théorique, ne peut se priver d'évaluation. Celle-ci permet de mieux saisir l'ensemble des besoins du jeune patient autiste. L'intervention a une double utilité puisqu'elle permet d'une part de permettre de découvrir les capacités de l'adolescent et d'autre part, de faire connaître aux personnes qui s'occupent de lui des différentes facettes de son fonctionnement psychologique.

3.1.1 L'évaluation et le projet éducatif

Une fois le diagnostic posé, les examens complémentaires et l'évaluation des compétences permettent de faire l'inventaire des caractéristiques propres de l'enfant. La connaissance de ses spécificités est essentielle pour bâtir, mettre en place et suivre un programme éducatif individualisé de prise en charge.

3.1.1. a) Enjeu de l'évaluation

Les enfants autistes ont longtemps été déclarés « instables » du fait qu'ils soient repliés sur eux-mêmes et indifférents aux sollicitations. Pourtant, nous pouvons aujourd'hui adopter des techniques d'investigations spécifiques et approfondies, adaptées au niveau de chacun d'entre eux en nous aidant de modèles théoriques du développement normal de l'enfant.

L'enjeu de l'évaluation est de disposer d'éléments objectifs relatifs au niveau de développement, aux troubles et aux capacités de l'enfant, lesquels constituent une base de départ, puis de comparaison pour la prise en charge thérapeutique et éducative.

Deux objectifs sont visés par le bilan psychologique : évaluer le niveau de développement intellectuel qui permet de rendre compte de certaines anomalies par les effets de décalage des compétences par rapport à d'autres enfants du même âge et, d'autre part, évaluer le type de fonctionnement cognitif, l'enfant autiste traitant l'information d'une façon qualitativement différente qu'il faut analyser.

Ces deux registres constituent des pré-requis à l'instauration d'une prise en charge thérapeutique, éducative et pédagogique.

Pour Pry et Guillaud (1994) : « *L'évaluation des comportements intelligents ne peut se réduire aux seules productions cognitives. L'ensemble des compétences que l'enfant va mettre en place se traduira aussi dans les domaines de la socialisation, de la communication, du développement psychomoteur et du savoir faire ; en bref, tout ce qui concerne les processus d'adaptation et d'accommodation[...].L'évaluation doit porter à la fois sur la nature et la qualité des stratégies cognitives utilisées par l'enfant à un moment donné de son développement, mais également sur la nature et la qualité des comportements adaptatifs mis en place dans la vie sociale* ».

L'ensemble de la question : « où en sommes nous maintenant ? » peut trouver une réponse dans trois domaines : l'évaluation du niveau de développement fournissant une indication quand au niveau de l'adolescent, l'observation du comportement précisant les anomalies de l'individu liées à sa pathologie et l'entretien avec les parents.

3.1.1. b) L'évaluation AAPEP au service d'un programme éducatif individualisé

L'AAPEP (Profil Psycho-Educatif pour adolescent et adulte) est un outil « *conçu pour évaluer les besoins des autistes au cours de leur évolution durant l'adolescence jusqu'à l'âge adulte* » (Mesibov et Schaffer, 1989). Cette échelle est l'élargissement du PEP-R : profil éducatif pour enfants (Schopler, 1994).

L'observation commence avec la question : « *où en est l'enfant maintenant ?* » afin de répondre à la suivante pour choisir un but : « *où voulons nous l'amener ?* » (Schopler, 1988).

Cet outil fournit un profil d'apprentissage dans six domaines fonctionnels différents : compétences professionnelles, fonctionnement indépendant, activités de loisirs, comportement professionnel, communication fonctionnelle et relations interpersonnelles.

Le but est de trouver l'arrangement qui puisse convenir le mieux à l'adolescent sur le plan professionnel et du point de vue de son intégration au sein de la communauté.

Les aptitudes émergentes sont distinguées d'aptitudes acquises et d'autres pas encore accessibles. Le système de cotation distingue alors les aptitudes émergentes nécessitant plus de formation, des aptitudes acquises et des déficits requérant un soutien de la part de l'environnement.

Le score des émergences rend compte en quelque sorte du niveau de développement potentiel ou « zone proximale de développement » (Vygotski, 1978.). Dans cet espace individuel de progrès, l'adolescent doit pouvoir faire des acquisitions et c'est alors cet espace qui est travaillé dans les temps de rééducation et de thérapie.

Schopler (1994) présente le PEP sous ces termes : *« alors que la plupart des tests n'évaluent l'enfant que sur deux critères, la réussite et l'échec, le PEP en fournit un troisième, connu comme émergence [...] Ce sont des épreuves ni totalement ratées, ni totalement réussies [...] Le programme éducatif individuel va se centrer sur ces capacités émergentes. Ceci permettra à l'enfant d'être à même de réussir lorsqu'on lui demandera de se concentrer sur une nouvelle acquisition »*. A partir de ces émergences, il propose de trouver des idées d'exercices répétitifs mais suffisamment attirants et adaptés aux intérêts de l'enfant.

L'évaluation permet alors l'établissement de projets thérapeutiques individualisés mettant l'accent sur l'apprentissage d'un système de communication, le développement des capacités relationnelles et sociales, la stimulation de l'autonomie, la tentative de modifier certains comportements inadaptés, la reconnaissance de compétences professionnelles directement utilisables et les aptitudes aux loisirs.

3.1.1. c) Apports et limites de l'évaluation

Tordjman (2002) expose les intérêts des instruments d'évaluation. Ceux-ci sont tout d'abord adaptés à la pathologie autistique et permettent d'introduire un tiers, une médiation, une triangulation par rapport à l'enfant, à la famille ou à l'équipe soignante. Par ailleurs, ils instaurent un cadre précis avec des repères tangibles, en créant une situation standardisée apportant une rigueur méthodologique dans l'observation et l'évaluation des troubles autistiques. Ils permettent également de suivre l'évolution du patient. Enfin, ils peuvent stimuler la discussion et les échanges fructueux, tant au sein de l'équipe soignante qu'avec les parents.

Cependant, selon elle, l'évaluation comporte également des limites. Effectivement, l'apparente objectivité des cotations peut venir masquer la subjectivité de l'évaluateur apparaissant aussi bien lors de la passation que lors de la cotation.

Par ailleurs, l'utilisation régulière des échelles d'évaluation peut entretenir la tendance à coter juste l'observation d'un comportement sans analyser ce qu'il peut exprimer ou signifier, en faisant

Enfin, il est nécessaire de ne pas négliger certains aspects éthiques, l'évaluation des troubles autistiques constituant avant tout une rencontre humaine.

3.1.2 La prise en charge éducative : le programme TEACCH

Les prises en charge éducatives peuvent être relativement variées et nous ne ferons pas ici un inventaire des programmes et des méthodes. Nous présenterons le programme TEACCH (Treatment and Education of Autistic and related Communication Handicaped Children) considérant le fait que c'est au cours de ce travail que furent élaborées les premières versions d'instruments comme le CARS, le PEP et l'AAPEP et que fut définie et expérimentée l'approche structurée mise en œuvre dans les programmes individualisés.

Dans la perspective proposée par les cognitivistes, c'est la méthode éducative qui est proposée comme principale mesure. Les théories comportementales et cognitives sous tendent l'organisation des interventions.

L'important est de partir de l'intérêt de l'enfant pouvant être mis en évidence par l'évaluation, de s'en servir comme base d'apprentissages sociaux ou cognitifs, et de travailler avec lui en fonction des priorités que l'on choisit pour une meilleure qualité de vie possible.

Le prototype des prises en charge éducatives de l'autisme est basé sur l'approche TEACCH développée en Caroline du Nord (Schopler et al., 1987), axée sur l'éducation et la rééducation des personnes autistes à partir de l'évaluation de leur niveau de développement et de fonctionnement.

Ce programme regroupe un ensemble de méthodes dont le but est de leur donner des outils pour *« mener une vie aussi indépendante que possible, pouvoir s'occuper seul de façon constructive, participer à la vie de leur entourage avec des moyens de communication et d'intégration socialement adaptés »* (Schopler et al., 1987).

Ce modèle insiste sur le travail de structuration de l'environnement pour créer des repères, l'importance de la visualisation des indices pertinents pour mieux les sélectionner et les traiter, l'individualisation des programmes pour chacun et l'approche globale de l'enfant, la collaboration des parents au projet, l'approche positive de l'enfant (ne pas le mettre en échec, partir de ses compétences, renforcer les capacités en émergences, favoriser les réussites et renforcements qui en résultent).

Selon Nadel et Rogé (1998), les principes philosophiques de Teacch sont les suivants :

- ✓ La compréhension des sujets se fait à partir de l'observation et non par simple référence à une théorie. Les descriptions cliniques de plus en plus précises et les outils d'évaluations qui ont été élaborés durant de nombreuses années de recherche permettent de saisir le fonctionnement d'un sujet et d'en tirer les enseignements indispensables pour la mise en place d'une aide efficace.
- ✓ L'aide apportée aux personnes autistes demande une adaptation qui s'effectue dans deux directions complémentaires enfant/environnement en améliorant ses capacités de communication, de socialisation et son autonomie. Mais l'entourage doit aussi s'adapter aux difficultés ; les besoins de chaque enfant devant être pris en compte dans un processus d'interaction réciproque.
- ✓ Collaboration parent/professionnels. Il s'agit d'une réelle complémentarité dans laquelle chacun met en commun ses compétences : les professionnels aidant les parents à comprendre les raisons des comportements souvent déroutants de leur enfant en leur apprenant des techniques ou des attitudes pour l'aider. D'autre part, les parents, qui connaissent souvent très bien leur enfant, aident parfois les professionnels à élucider certains comportements, à trouver les motivations les plus significatives, voire à élaborer des stratégies pour développer certaines compétences.
- ✓ Le travail éducatif est individualisé et repose sur un diagnostic et une évaluation précise du niveau de développement de l'enfant, de ses compétences et de ses particularités.
- ✓ L'évaluation est réalisée de manière formelle en utilisant des outils standardisés, mais aussi de manière informelle par le biais de l'observation. Le but étant de recueillir des informations nécessaires à l'élaboration d'un programme éducatif adapté à chaque enfant.
- ✓ Structuration de l'environnement(organisation de l'espace, prévisibilité) sur l'apprentissage et l'adaptation des personnes autistes (Schopler et al., 1988 ; Peeters, 1996).
- ✓ Approche positive visant à la valorisation des potentialités mais avec acceptation des déficits ; les points forts et les capacités en émergence étant les premiers centres d'intérêts.

- ✓ Le travail réalisé avec les autistes s'appuie sur une approche développementale et s'inspire des théories comportementales et cognitives. Les compétences à acquérir sont toujours replacées dans le contexte du développement individuel. La progression est donc planifiée en fonction de la maturité du sujet et de son degré de préparation pour aborder une nouvelle étape.

- ✓ L'approche du sujet est globale. L'autisme a des conséquences sur tous les aspects du développement de l'enfant et les perturbations sont donc multiples. C'est la personne elle-même et ses besoins spécifiques qui sont au cœur des préoccupations de l'équipe. Les personnes travaillant avec cette pathologie ont à comprendre la personne aux différents niveaux de son fonctionnement et à ajuster leurs pratiques en fonction de ses besoins. Considérant que les difficultés cognitives de base, qui restent présente tout au long de la vie d'autiste, ont une conséquence sur tous les aspects du développement (y compris sur le développement affectif et sur l'acquisition des compétences sociales), TEACCH essaie de prendre en compte tous ces aspects de manière cohérente, en donnant à la personne les outils, les compétences ou les stratégies qui lui permettront de développer tous les aspects de sa personnalité (Durham et Tréhin, 1996).

TEACCH repose donc sur une prise en charge cognitive et comportementale avec une démarche large, celle d'« éduquer » qui a pour but « *d'apprendre à vivre, à s'adapter, à développer des compétences sociales, à communiquer pour devenir un adulte aussi indépendant que possible* » (Peeters, 1996).

Aujourd'hui, en France, des institutions spécialisées pratiquent ce type d'approche pour prendre en charge les personnes autistes.

Pour Schopler (1988), il n'existe pas « *une théorie de la prise en charge des personnes autistes mais tout au plus, des réflexions sur les méthodes, des confrontations sur les pratiques et des constructions stratégiques dans la modélisation des interventions qui en découlent* ».

Pour lui, le projet de prise en charge est toujours situé à l'interface de trois grands domaines : une personne (avec ses déficits mais aussi avec ses capacités et surtout ses potentialités immédiates : émergences), les centres d'intérêts de cette personne, la culture, les besoins, les priorités et les modes de vie de la famille et de l'entourage. La thèse de son livre conçoit l'éducation spéciale comme « *un art destiné à un enfant singulier* ».

3.2 De la compréhension clinique à la prise en charge thérapeutique.

Il est vivement conseillé d'associer des thérapies individuelles avec des approches éducatives, pédagogiques et scolaires sur le fond d'un soin institutionnel continu.

3.2.1 Comment la psychothérapie peut-elle aider l'enfant autiste et sa famille ?

Engager une psychothérapie avec un enfant ou un adolescent autiste, continuer un traitement psychothérapeutique avec un adulte, ne préjuge en aucune manière de l'étiologie.

La psychothérapie a seulement pour objet, quelles que soient les causes, d'aider le sujet à maîtriser les angoisses profondes qui l'assaillent, de mieux connaître et comprendre ses émotions, de devenir plus compétent dans la reconnaissance des états mentaux d'autrui et, par là même, de développer ses moyens de communication et de socialisation en prenant davantage conscience de soi en relation avec les autres.

L'approche psychothérapeutique, dès qu'elle est indiquée (accès de l'enfant à un minimum d'activité symbolique) lui permet d'avoir un espace d'élaboration psychique de ses difficultés, que celles-ci soient en lien avec les difficultés rencontrées dans la communication, les interactions sociales ou la constitution de son identité.

Le travail psychothérapeutique permet ainsi de mieux maîtriser les angoisses intenses qu'il rencontre, de mieux connaître les émotions qu'il éprouve, de les repérer chez les autres, de prendre connaissance progressivement de ses états mentaux comme de ceux de ses interlocuteurs, ce qui contribue à faciliter la communication et à améliorer les interactions sociales.

L'écrivain Donna Williams (1996) témoigne dans son autobiographie du rôle majeur des psychothérapeutes qui l'ont aidée à mieux comprendre son mode de fonctionnement et celui des autres.

3.2.1. a) Psychothérapies d'inspiration psychanalytique

Le modèle de compréhension psychodynamique vise à repérer certains mécanismes présents chez l'autiste et pouvant être approchés par un observateur extérieur ou un thérapeute utilisant des concepts issus du champ de la psychanalyse.

Le repérage des mécanismes psychopathologiques sous-jacents est d'une grande importance pour la menée des actions thérapeutiques et éducatives auprès des enfants autistes (Misès et Grand, 1997). En effet, certains concepts psychanalytiques apportent un éclairage intéressant au fonctionnement autistique et ont l'avantage d'offrir un support théorique pour comprendre les modalités relationnelles de l'autiste et pour y adapter les interventions thérapeutiques.

La seule façon de les aider, écrit Tustin (1977), « *c'est de plonger dans leur monde et d'en ressortir avec une compréhension plus profonde de leur problème* ». Cet auteur préconise des

psychothérapies à perspectives psychanalytiques en priorité, afin de travailler sur le système de protection, mis en place par l'autiste, envers un « vécu catastrophique de séparation ».

Le principe général de toute cure psychanalytique est d'aider le patient à donner ou à redonner une forme psychique à ce qu'il éprouve intérieurement. La psychothérapie psychanalytique d'un autiste peut prétendre l'aider à faire une certaine clarté dans son monde intérieur afin de mieux profiter de ce qu'il reçoit dans sa vie de tous les jours de ses parents, des éducateurs et autres intervenants.

Un point essentiel de la visée thérapeutique va notamment être d'aider l'enfant autiste à reconnaître l'existence de l'autre dans son altérité comme un être pourvu d'intentionnalité et de pensée.

Le but est d'aboutir à un échange verbal où, par la parole, le psychothérapeute s'efforce de donner un sens symbolique aux productions verbales et non verbales du patient et de construire avec lui un récit de ce qui est vécu (ou a été vécu), ensemble, dans le temps des séances.

Une des caractéristiques du processus de la cure d'un autiste est l'instabilité des phases de développement les plus élaborées. Elles sont atteintes mais un rien suffit à replonger l'enfant dans ses fonctionnements antérieurs donc le but serait d'aider l'enfant à consolider au mieux ces phases de développement. Pour Haag (1983), il est nécessaire à l'adolescence de retravailler les angoisses primitives et la consolidation du moi.

Un moment important dans l'évolution des états autistiques est constitué par la possibilité pour l'enfant d'élaborer un espace psychique propre qui permette l'intériorisation, la circulation des affects et des fantasmes et la constitution des différents objets du monde intérieur. Cette élaboration d'un monde intérieur et d'une vie mentale va permettre, progressivement, de dégager l'enfant de l'« autosensorialité ».

Mais l'aménagement de cet espace psychique n'est possible qu'à la condition que le milieu thérapeutique dans lequel se trouve l'enfant puisse assurer une « fonction de contenance » (Bion, 1965) qui paraît essentielle dans la prise en charge thérapeutique supposant de la part du soignant une réelle capacité d'accueillir, de contenir, de vivre les émotions primitives très inorganisées ressenties par l'enfant, de les verbaliser et de leur donner un sens pour les lui restituer sous une forme assimilable par lui.

Dans l'activité soignante, des mécanismes d'identification et d'appropriation du même type sont mis en œuvre et peuvent s'accompagner de plusieurs modifications dans le fonctionnement psychique, ayant des implications dans le déroulement de la prise en charge thérapeutique puisqu'elles se traduisent souvent par l'établissement d'une relation étroite quasi symbiotique avec l'adulte.

Cette période peut être marquée par des exigences tyranniques de la part de l'enfant qui peut manifester alors d'intenses angoisses de séparation lorsque l'adulte s'éloigne. L'enfant peut exiger toujours son interlocuteur privilégié auprès de lui, ne supporte pas son absence et peut se montrer peu sensible aux paroles de réassurance venant d'autres personnes. Absente, la personne particulièrement investie (soignant, éducateur, ou parent) est vécue comme anéantie. Ce moment symbiotique est souvent nécessaire pour que, dans un second temps, l'enfant puisse prendre conscience de son intériorité, amorcer des activités d'évocation lors des séparations et pour que l'autre n'existe plus seulement comme un « objet perçu » mais aussi comme un « objet représenté » et que l'on puisse garder dans sa tête (Misès et Grand, 1997).

Ainsi, la psychanalyse verra toujours ses indications très limitées du fait de la grande difficulté d'un enfant autiste à entrer dans la cure analytique. Par contre, elle est irremplaçable sur le plan théorique pour aider à décrypter les messages et à les organiser dans une succession signifiante.

3.2.1 b) *Psychothérapie institutionnelle*

Si l'éclairage psychanalytique reste essentiel pour la compréhension des mouvements et de leur élaboration, nous restons malgré tout éloignés de ce qui spécifie la psychothérapie psychanalytique réalisée dans des conditions usuelles.

Il convient donc de réserver une place entière aux autres professionnels de façon à ce que tous les membres de l'équipe, quel que soient leur fonction, soient en mesure de contribuer pleinement à l'évolution du processus curatif.

Pour Mises (1983), il n'y a pas d'un côté un personnel seulement chargé d'organiser la vie de l'enfant et d'aider à son éducation tandis que de l'autre côté les spécialistes appuyés sur ce cadre réaliseraient des approches individuelles seules qualifiées de psychothérapiques. Toutes les personnes oeuvrant dans l'institution sont engagées dans le déroulement de la cure, de la façon la plus complète pour ce qu'elles sont et ce qu'elles font.

Cette composante thérapeutique est au centre du dispositif français d'intervention auprès des enfants présentant des troubles autistiques. Ces principes ont été élaborés par Misès et Quemada (1990) : *« Les différents interlocuteurs de l'enfant, nettement différenciés les uns des autres et articulés entre eux, constituent autour de lui un ensemble institutionnel où les informations doivent pouvoir circuler facilement »*.

Le psychothérapeute doit accepter de travailler en réseau régulièrement avec parents, éducateurs, enseignants et réunir ces différents aspects afin de donner à l'enfant une image cohérente de lui-même. La

pluridisciplinaire. En effet, le travail en réseau paraît beaucoup mieux adapté à la prise en charge que toutes les formules établies sur une exclusive, qu'elle soit éducative, thérapeutique ou pédagogique.

Un travail en commun des différentes équipes est nécessaire plus qu'une structure particulière pour la réalisation d'une évaluation rigoureuse, l'utilisation d'un langage commun et d'outils acceptés par tous. L'évaluation s'inscrit dans le processus de la prise en charge de l'autisme, elle modifie les places de chacun des professionnels et peut être à l'origine, en tant qu'instance tierce, d'une meilleure structuration du réseau (Durham et Tréhin, 1996).

Le premier besoin de l'autiste est de sentir que la violence explosive qui est en lui et qui menace de faire tout éclater peut être contenue et endiguée à l'intérieur d'un cadre assez solide pour le supporter.

L'institution est alors pensée comme un espace de rencontre, un cadre protecteur et protégé assurant une « fonction contenante » (au sens de Bion, 1965) et un « espace transitionnel » (au sens de Winnicott, 1975). L'étayage sur un collectif soignant représentant pour l'enfant une fonction de pare-excitation.

Tout au long de ce développement, nous avons pu rendre compte de l'articulation nécessaire entre théories psychodynamiques, développementales, cognitives et comportementales au cœur d'une approche intégrative pluridisciplinaire et non exclusive de la pathologie autistique.

Les éléments à retenir de cette évolution théorique en lien avec notre problématique seraient les suivants :

- ✓ Nous considérons l'extrême nécessité d'allier plusieurs approches théoriques dans la compréhension de l'autisme.
- ✓ Nous gardons à l'esprit que chaque âge peut impliquer des remaniements considérables et nécessitant d'être pris en compte, et ce tout particulièrement à l'adolescence.
- ✓ Nous insistons donc sur l'intérêt de l'évaluation impliquant observations cliniques et compréhension dynamique et ayant une incidence considérable sur les modalités éducatives et thérapeutiques d'une prise en charge individuelle et institutionnelle.

CHAPITRE II/ EMERGENCE D'UN QUESTIONNEMENT

Notre problématique est à la fois le fruit d'observations et d'actions effectuées en tant que stagiaire dans un ITEP (Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique) et de nos recherches théoriques sur l'autisme.

Au sein de notre lieu de stage, une des questions centrales tourne autour du projet thérapeutique et éducatif individualisé de chaque jeune. Afin d'élaborer ces projets, des évaluations s'avèrent fondamentales.

1. RELATION ENTRE EDUCATIF ET THERAPEUTIQUE

Hochman (1997) considère que souffrant à la fois d'un désordre psychopathologique et d'un handicap, l'enfant autiste doit être soigné pour découvrir le chemin d'une relation possible à autrui en minimisant ses angoisses et être éduqué pour réduire ses incapacités dans un environnement préparé à l'intégrer au mieux de ses possibilités.

L'autiste a besoin d'éducation. Cependant, son but unique n'est pas à considérer tel la réduction des comportements mal supportés par l'entourage, ni l'acquisition de pseudo compétences inutiles dans la vie quotidienne.

En effet, une prise en charge psychologique s'avère également nécessaire afin de permettre à l'enfant de se vivre comme un sujet maître de son histoire et de son désir.

L'articulation du thérapeutique et de l'éducatif est alors à trouver dans un projet de soin.

2. L'EVALUATION AAPEP : UN ELEMENT DU PROJET DE SOIN

Notre questionnement portera sur l'évaluation AAPEP (Profil Psycho-Educatif pour adolescent et adulte) en tant qu'un élément pertinent du projet de soin.

L'évaluation comportementale que propose l'AAPEP aurait à la fois un rôle, de part le repérage des acquisitions du sujet, sur le choix des méthodes thérapeutiques et éducatives en permettant la mise en place d'un projet pouvant donner lieu à une prise en charge individualisée et adaptée.

Pour autant, notre recherche ne se limitera pas à un travail sur l'AAPEP, risquant alors de compromettre la singularité du sujet.

D'autre part, nous considérons que le recueil des symptômes, l'inventaire des compétences et la mise en valeur de certaines manifestations constituent des démarches nécessaires mais non suffisantes.

3. LA SITUATION D'ÉVALUATION : ANALYSE CLINIQUE

La situation d'évaluation pourrait permettre une compréhension clinique et le repérage de mécanismes psychopathologiques sous-jacents à travers l'observation.

En effet, les constatations objectives de l'évaluation seraient à elles seules insuffisantes pour bâtir un projet thérapeutique et éducatif. Il serait alors nécessaire de prendre en compte les caractéristiques individuelles de l'adolescent, ses manifestations singulières, son histoire, les représentations de l'entourage, etc.

Le repérage des mécanismes psychopathologiques sous-jacents serait d'une grande importance pour la menée des actions thérapeutiques et éducatives même si les données de l'évaluation permettent de définir le cadre des actions et d'en proposer certaines modalités.

Ainsi, nous pourrions nous servir de l'évaluation en tant qu'outil aidant à localiser les difficultés cognitives et comportementales mais également repérer, à partir de la situation, d'autres phénomènes à l'œuvre chez l'adolescent autiste par l'observation d'éléments cliniques.

En effet, si l'on observe très attentivement les autistes, nous pourrions repérer que leurs mouvements stéréotypés ne surviennent pas n'importe quand mais qu'ils se déclenchent dans des situations où « normalement », nous attendrions une réponse émotionnelle, qu'elle soit de plaisir ou de déplaisir. Il en est de même pour la plupart des symptômes de l'autisme. Il faudrait alors décoder ces manifestations et leur donner la signification émotionnelle masquée à travers une lecture dynamique afin de permettre de déceler derrière des manifestations patentes et des fluctuations comportementales, une signification latente.

La manière dont le sujet se comporte dans la situation clinique d'évaluation nous instruit sur son comportement en général que nous pouvons tenter de saisir au moment où il se produit, en participant nous même à la situation, par observations rigoureuses et descriptions minutieuses.

A l'appui de cet outil, nous pourrions alors certes nous inscrire dans une démarche d'évaluation mais également dans une démarche plus globale d'observation : qualitative clinique en nous intéressant au caractère dynamique d'un adolescent en particulier, aux processus signifiants de ces conduites dans une situation d'évaluation. Nous nous efforcerons d'aller au-delà du simplement visible et observable sur un plan strictement comportemental afin de considérer le sujet dans sa singularité propre et dans sa globalité.

Ces deux aspects de l'évaluation, qualitatifs et quantitatifs, pourraient alors nous permettre de mener des actions thérapeutiques et éducatives.

4. ARTICULATION DES APPROCHES COGNITIVO-COMPORTEMENTALES ET PSYCHODYNAMIQUES

Tout se passe comme si les autistes imprégnaient leur environnement d'un fonctionnement binaire, digital, du tout ou rien, sans place pour la nuance et l'analyse. Nous avons ainsi pu voir succéder à une période « du tout thérapeutique » marqué par un dogmatisme psychanalytique une période « du tout pédagogique ». Nous voudrions d'abord essayer de dépasser ces clivages idéologiques.

Peeters (1996), véritable monopole sur la formation du programme TEACCH, affirme que l'autisme est un trouble du développement d'ordre génétique donc que le traitement se résume à l'éducation. Ce « donc » nous paraît discutable. En effet, il n'y aurait pas de lien logique entre une hypothèse étiologique et une réponse pédagogique. Souvent, nous pouvons constater chez les autistes des conduites de destructivité, l'expression d'un négativisme qui confortent l'hypothèse de mécanismes de défenses autistiques inconscients.

Même s'il s'avère que l'autisme ait une cause organique, et même exclusivement organique, cela ne supprime pas la réalité psychique et les mécanismes humains fondamentaux (l'identité, le rapport à autrui, la recherche de plaisir...). La psychologie nous parle de sens et non d'étiologie donc le problème n'est pas à poser en terme de cause mais bien en terme de sens singulier, personnel, historique, etc.

Est-t-il pensable d'articuler des modes d'approches aussi opposées que le point de vue psychodynamique reposant sur la notion de défenses autistiques et celui de cognitivo-comportementaliste reposant sur la notion de déficit avec absence d'intégration de perception et analyse comportementale stricto sensu ?

En utilisant la psychanalyse non comme référence mettant en cause les parents, ni comme impliquant de surcroît une cure analytique mais bien comme une théorie de référence, cela pourrait nous aider à repérer, dans le matériel apporté lors des évaluations et des entretiens, des éléments significatifs chargés de sens. Le travail du psychologue s'efforcera alors de lire, dans les conduites de l'adolescent, les manifestations de l'inconscient à l'œuvre chez tous.

Nous pouvons de ce fait nous placer du côté des tenants d'approches multidimensionnelles incluant une perspective psychodynamique.

Nous pourrions alors réfléchir à l'articulation d'une démarche d'évaluation cognitivo-comportementale et d'une approche psychodynamique dans la compréhension clinique et dans la prise en charge, et oser lancer une passerelle entre ces deux approches en les intégrant et les combinant dans un projet.

Ainsi, nous axerons notre travail de réflexion à la fois sur la clinique du sujet et sur la théorie de

CHAPITRE III/ ASPECTS METHODOLOGIQUES

Les tableaux cliniques présentés par des personnes autistes étant remarquables par leur extrême diversité et par leur évolution non moins variée, nous considérons que nous ne pouvons aborder l'autisme qu'au singulier.

Dès 1943, Kanner soulignait les disparités entre les personnes souffrant de troubles autistiques. Ces différences s'observant dans le degré de leur pathologie, les manifestations des signes spécifiques, les configurations familiales et l'évolution des symptômes.

Nous appuierons alors notre recherche sur une méthodologie clinique à cas unique, reposant sur l'utilisation d'une échelle d'évaluation complétée par des observations cliniques et psychopathologiques au regard de notre problématique et impliquant une définition préalable des modalités de recueil et d'analyse des données.

1. METHODE CLINIQUE : UNE ETUDE DE CAS

Nos questionnements ont surgit au contact de la particularité du cas d'un adolescent ce que Widlöcher (in Bourguignon et Bydlowski, 1995) exprime ainsi : « *Tout cas particulier pose une énigme* ». En effet, la force du cas clinique c'est la question.

1.1 L'étude de cas au service de diverses disciplines

L'étude de cas est une méthodologie employée dans des domaines variés en sciences humaines.

Nous retrouvons des descriptions de cas tout au long de l'histoire des sciences médicales. Historiquement, nous pouvons la faire dater d'Hippocrate, médecin de l'Antiquité et fondateur de la méthode d'observation clinique.

Dans le domaine de la neuropsychologie, l'étude de cas est également une méthodologie abondamment employée. Cette méthode a été adoptée dès 1861 en neuro-anatomie avec comme illustration classique la description minutieuse et détaillée de Broca relatant l'aphasie de l'un de ses patients.

En psychiatrie et en médecine, le cas renvoie à quelque chose d'anonyme au profit d'un trouble, d'une sémiologie précise. En France, c'est Pinel avec son traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale qui fait naître l'étude de cas à travers la première classification des maladies mentales.

En sociologie, l'étude de cas repose sur l'utilisation d'un matériel différent centré sur des situations, des histoires de vie et des trajectoires.

Mais le cas clinique dans ces différentes disciplines est descriptif avant d'être explicatif. En effet, en psychologie expérimentale, le récit du cas est souvent le compte rendu d'un protocole expérimental.

1.2 L'étude de cas en psychologie clinique

En psychologie clinique, et plus particulièrement en psychanalyse, le cas exprime la singularité de celui qui souffre d'une pathologie. L'étude de cas tente alors de restituer le sujet et non simplement de reconnaître la spécificité de la pathologie qu'il présente.

Dès ses débuts, la psychologie clinique s'est posée comme l'étude systématique des cas individuels que ce soit dans sa pratique ou dans ses principes épistémologiques. Elle est en effet fondée sur l'étude approfondie de cas individuel et sa spécificité méthodologique réside alors dans la façon de recueillir le matériel.

Par-delà, le cas clinique est restitué tel le récit d'une expérience singulière écrite par le psychologue afin de témoigner de sa rencontre avec le patient. Le cas clinique n'est plus seulement description mais il est aussi historisé et singularisé.

Le cas unique peut recouvrir différentes fonctions :

- ✓ didactique dans le sens de promouvoir un enseignement ou transmettre une théorie avec un passage de l'abstrait à une situation clinique ;
- ✓ métaphorique avec un glissement des cas qui deviennent des concepts et un soubassement à l'élaboration de théories tel que les cas cliniques de Freud (1967) : Dora renvoyant à l'hystérie, le petit Hans, l'Homme aux loups et l'Homme aux rats évoquant la névrose obsessionnelle. De même, nous ne parlons plus de Schreiber mais celui-ci est devenu un paradigme de la paranoïa ;
- ✓ heuristique en tant que la rencontre du cas singulier peut être génératrice de concepts ;
- ✓ il peut enfin se présenter dans une démarche confirmatoire d'hypothèses, d'un courant conceptuel préalablement élaboré au travers d'une problématique. Il a ainsi pour objectif d'étayer une avancée théorique.

Cette méthodologie vise alors à former, informer et illustrer en permettant de mieux se représenter les situations et d'établir des liens entre la clinique et la théorie.

L'aspect d'enrichissement et de progression de la recherche par l'intermédiaire d'étude de cas se conçoit également lorsque nous envisageons pratique clinique et recherche tels deux registres complémentaires et indissociables

1.3 L'étude de cas appliquée à notre recherche

Considérant le fait qu'il n'y ait pas de traitement standard, en cela que celui-ci est toujours individuel et repose sur le diagnostique, nous avons d'autant plus opté pour une démarche méthodologique à partir d'un cas unique. Dans la prise en charge de l'autisme, il y a nécessité d'individualisation. En effet, nous n'avons pas affaire à un groupe homogène mais à des individualités. Les autistes présentent des troubles dont l'intensité est très différente d'un individu à un autre et les descriptions cliniques constatent ces différents degrés.

De plus, l'AAPEP a pour principe de base d'adapter l'éducation aux besoins de chaque individu, personnalisé en fonction des difficultés spécifiques de chacun ainsi que la mise en place d'aide psychologique adapté au sujet singulier, et non selon un plan préétabli et appliqué uniformément pour tous. L'évaluation permet ainsi de situer le degré de pathologie ou d'anomalie du comportement dans les aires du langage, des affects et relations sociales, des intérêts pour les jeux et les activités, et des modalités sensorielles.

Par ailleurs, la procédure que nous utiliserons fera du cas de l'adolescent que nous étudierons une situation unique donc une nouveauté de l'objet, en appliquant certes un cadre théorique connu mais à une situation nouvelle.

Comme le conçoit Widlöcher (in Bourguignon et Bydlowski, 1995), le cas singulier est à la fois source d'inspiration théorique et de questionnement de recherche.

Il est également important de garder à l'esprit que le clinicien forme son savoir sur des cas individuel.

Selon Huber (1993, in Pardinielli, 1994), l'étude de cas vise « *non seulement à donner une description d'une personne, de sa situation et de ses problèmes mais elle vise aussi à en éclairer l'origine et le développement, l'anamnèse ayant pour objet de repérer les causes et l'origine du problème* ».

D'autres auteurs, tel que Revault d'Allones (1989), insisteront davantage sur la notion d' « histoire de vie » : « *L'étude de cas vise à dégager la logique d'une histoire de vie singulière aux prises avec des situations complexes nécessitant des lectures à différents niveaux, et mettant en œuvre des outils conceptuels adaptés. De ce fait, elle n'est plus essentiellement référée à l'anamnèse et au diagnostic, et se dégage des contraintes d'une psychologie médicale, tout en restant clinique et psychopathologique* ».

Ces deux modalités me paraissant complémentaires dans le cadre de ma recherche, je me servirai de la première telle une démarche évaluative tandis que la seconde m'inscrira dans une conception

2. EVALUATION MULTI-DIMENSIONNELLE D'UN ADOLESCENT

Afin de conserver la confidentialité de ces situations, je modifierai le prénom du sujet dont il sera question et nous l'appellerons Yann.

Le dossier de Yann nous est apparu assez pauvre concernant l'anamnèse. En effet, nous n'avons pas eu à disposition toutes les informations nécessaires pour retracer l'histoire de vie de l'adolescent mais le dossier contient néanmoins quelques éléments essentiels notamment un questionnaire médico-social rempli par sa mère en vue de l'admission de son fils au sein de l'institution.

2.1 Admission au sein de l'ITEP

Yann est un adolescent âgé de dix-sept ans ayant intégré l'ITEP dans le pavillon d'accueil des autistes en internat depuis la rentrée dernière.

Il était auparavant suivi en hôpital de jour toute la semaine mise à part une matinée.

L'orientation vers l'ITEP se base sur les arguments d'un pédopsychiatre allant dans le sens d'une « meilleure socialisation » et d'une « autonomie pratique et affective en favorisant les expériences de séparation et le travail sur le corps ».

Dans le questionnaire rempli par la maman en vue de son admission, celle-ci décrit son fils comme « affectueux » à son égard mais ayant des « difficultés de contact avec le monde qui l'entoure ». C'est pourquoi elle demande l'inscription de Yann à l'ITEP pour un « essai de socialisation afin d'apprendre à vivre avec les autres ».

Les attentes de ses parents à l'égard de l'institution se manifestent du côté d'une « meilleure socialisation et l'apprentissage de la vie en collectivité », selon leurs termes.

Du côté de son éducateur référent, celui-ci demande une évaluation exprimant une certaine gêne pour l'équipe et pour la vie de groupe de part les manifestations bruyantes des stéréotypies de Yann : « épuisement auditif » et « son comportement de toute puissance ».

Le moniteur d'atelier émet également le souhait d'une évaluation faite d'une « difficulté à percevoir les capacités de ce jeune ».

2.2 Données anamnestiques du dossier

Le dossier de Yann dispose de quelques informations relatives aux antécédents familiaux et développementaux et au diagnostique.

Par ailleurs, il comprend un compte rendu d'un bilan psychologique conduit en 2003 par un Centre de Ressources Autisme

2.2.1 Situation familiale

La maman de Yann est employée de bureau et le papa est exploitant agricole. Tous deux vivent maritalement à trente kilomètres de l'institution. Il a une sœur de onze ans son aînée qui est étudiante dans une autre région.

2.2.2 Développement psychomoteur précoce

Il est relaté une grossesse normale avec accouchement par la face à quarante semaines.

Yann est décrit comme un nourrisson très calme, allaité au biberon. Il est gardé en nourrice à partir de l'âge de quatre mois en journée.

Il associe deux syllabes à neuf mois, acquiert la marche à dix-huit mois et il est mentionné une incontinence d'urine jusqu'à trente mois.

De seize à vingt-trois mois, il est hospitalisé trois fois respectivement cinq, quatre et trois jours pour otite, forte fièvre avec infection ORL et crise d'asthme. Suite à ces épisodes d'hospitalisation, sa mère note des troubles du sommeil, de l'alimentation complétés par des peurs et des agitations.

Dès vingt-quatre mois, ses parents remarquent qu'il se balance dans son lit, ne parle pas et paraît sourd.

A trois ans, Yann ne communique pas et ses parents font une tentative de scolarisation durant un trimestre, puis y renoncent. Le mode de garde se tourne alors vers les grands parents maternels.

A quatre ans, Yann est pris en charge par un psychologue deux jours par semaine, puis quatre jours à cinq ans. Il est à nouveau hospitalisé pour une crise d'asthme sévère.

2.2.3 Diagnostique

Nous apprenons que le diagnostique de syndrome autistique associé à des troubles de la communication et du comportement a été posé lorsque Yann était alors âgé de cinq ans et demi.

Les principaux symptômes retenus ont été une absence de langage, d'activités ludiques et de contacts avec les autres, des comportements agités, de retrait et de peur (tremblements et évitements) ainsi que des balancements, des cris intempestifs et des troubles du sommeil (cris nocturnes).

2.2.4 Evénements familiaux

Alors qu'il est âgé de douze ans, son grand père maternel subit de nombreuses hospitalisations, ainsi que sa grand-mère qui le gardait (cancer puis chimiothérapie).

La même année, son père est lui aussi hospitalisé avec un diagnostique de sclérose en plaque évolutive.

2.2.5 Compte rendu du bilan psychologique

Cet examen rend compte des observations de la psychologue concernant Yann lorsque celui-ci était âgé de quatorze ans. Elle mentionne « un trouble autistique et de la communication d'intensité modérée caractérisé par la rareté des contacts œil à œil avec une fuite active » et note un « trouble des interactions et du contact interpersonnel ». Le score moyen à la CARS (échelle d'évaluation de l'autisme infantile) est de 36 ce qui semble le situer du côté d'un trouble autistique d'intensité modérée.

Seules les aptitudes non verbales ont pu être testées (passation du WISC-R) ainsi que quelques aptitudes académiques (épreuves de connaissances scolaires du K-ABC). Les résultats psychométriques vont dans le sens d'un « QI de performance de 68 » pour le WISC-R et de « connaissances encyclopédiques avoisinant l'âge de neuf ans » au K-ABC.

Il est évoqué des « compétences notamment non verbales mais une incapacité d'utilisation de part les obsessions et l'intolérance aux changements, le manque d'autonomie sociale et l'opposition agressive devenue plus forte à l'adolescence ».

Cependant, il est noté des « aptitudes non négligeables à organiser le temps et structurer l'espace à partir du matériel visuel, qui sont, chez les autistes des « îlots d'aptitudes » ayant servi de prétexte cognitif à la mise en place de programme rééducatif basé sur du visuel (TEACCH) ».

Il est alors proposé d'« exploiter ces aptitudes pour l'amener à améliorer ses compétences sociales en y intégrant le canal visuel ».

Nous garderons à l'esprit que ces données ne sont pas le résultat de nos observations et nous les considérons comme non fixées et évolutives.

3. OUTILS ET MATERIAUX UTILISES : L'AAPEP

Dans le cadre de notre stage, nous nous sommes proposée de tenter de répondre aux différentes demandes à travers l'AAPEP visant à évaluer les compétences.

Cependant, nous gardons à l'esprit que ce travail à un horizon plus large de recherche au regard d'une problématique définie ci-avant.

Nous utiliserons alors cette échelle principalement comme un outil support nous permettant d'exercer un regard clinique et de repérer les processus sous-jacents à l'œuvre chez Yann.

L'échelle AAPEP est l'élargissement du PEP-R (Schopler, 1994) : Profil Psycho-éducatif pour enfants. Elle s'applique aux besoins et objectifs des adolescents et des adultes autistes ayant un retard mental modéré ou sévère.

D'un point de vue pratique, l'objectif principal de l'AAPEP, tel que le définit Mesibov (1997) est : « *d'évaluer les compétences acquises d'un sujet afin de voir s'il possède ou non les aptitudes à une insertion professionnelle ou résidentielle* ».

Le but de cette évaluation est d'élaborer des programmes éducatifs individualisés à partir de la mise en évidence de forces et de faiblesses du sujet dans chaque environnement. En effet, il existe trois échelles d'évaluation : des « observations directes » réalisées par le psychologue, des « observations maison » faites par les parents ou par les éducateurs du pavillon et « des observations à l'école ou au travail ».

Six domaines de fonctionnement sont évalués : les compétences professionnelles, le fonctionnement indépendant, les activités de loisirs, le comportement professionnel, la communication fonctionnelle et les relations interpersonnelles. L'annexe 2 : *Domaines de fonctionnement évalués par l'AAPEP* explicite ce que chaque niveau évalue plus particulièrement.

Dans chaque domaine de fonctionnement, il y a douze items pour l'échelle d'observations directe dont quatre de haut niveau et huit pour les deux autres échelles. Nous relevons alors 168 items correspondant aux six domaines de fonctionnement et aux trois secteurs d'observation.

Parallèlement à l'administration des différents items, l'évaluation de l'adolescent autiste nécessite une observation fine de tout son comportement. Nous nous donnerons donc la possibilité de recueillir bien d'autres informations sur le langage, les relations sociales, le développement affectif, les modalités sensorielles, la motivation du sujet, ses intérêts, etc.

Par ailleurs, le psychologue peut profiter de cette situation de test pour apprendre au sujet de nouvelles compétences et observer ainsi son processus d'apprentissage.

4. METHODE DE RECUEIL DES DONNEES

Nous appuierons notre méthodologie sur plusieurs ordres de données : entretien, séances d'évaluations, observations en différents lieux, informations anamnestiques afin de rendre compte d'un ensemble de phénomènes.

L'observation et l'entretien sont les bases de la méthode clinique et servent de soubassement à ce travail d'analyse et de synthèse que recouvre l'étude de cas.

Ces méthodes nous permettront de constater des faits particuliers et d'effectuer un prélèvement qualitatif en vue de recueillir les attitudes et les comportements de l'adolescent.

Pour Pedinielli (2005), l'observation clinique consiste à « *relever des phénomènes comportementaux, idéatifs, langagiers, émotionnels et cognitifs significatifs afin de leur donner un sens en les restituant dans la dynamique, l'histoire d'un sujet et dans le contexte de l'observation et dans le mouvement intersubjectif actualisé* ».

Nous nous appuyerons également sur la méthode d'observation telle que Bick la pratiquait (Lacroix et Monmayrant, 1995) en prenant en compte dans l'étymologie latine *observare* la double signification de « regarder avec attention » et celle de « conserver », de « garder » en nous et de retransmettre l'impact émotionnel de la situation à travers la restitution de l'observation. Selon Bick, cette observation n'est pas un outil mais davantage un état d'esprit, une façon de faire dont nous pouvons nous inspirer notamment à travers l'analyse de nos propres émotions.

D'autre part, afin de répondre aux exigences de l'échelle d'évaluation AAPEP, nous appliquerons les trois contextes d'évaluation : directe en séance individuelle dans le bureau de la psychologue, sur le pavillon où réside Yann au statut d'interne cinq jours par semaine et au sein de « l'atelier bricolage ». A l'aide de cet outil, nous pourrions recueillir des observations variées reposant sur des situations pour la plupart standardisées.

Concernant l' « échelle d'observation directe », nous rencontrerons Yann à deux reprises avec un intervalle de deux semaines en présence de la psychologue. Lors de la première séance seront administrés les deux premiers domaines de fonctionnement à savoir les « compétences professionnelles » et l' « autonomie » suivis des autres au cours de la deuxième rencontre. L'évaluation sera précédée d'un entretien individuel dans la même semaine.

Nous nous inscrirons par la suite durant cinq jours au pavillon en présence de son éducatrice référente afin de compléter l' « échelle maison ».

Enfin, nous observerons Yann durant trois jours avec l'aide de son moniteur d'atelier pour remplir l' « échelle travail ».

Nous nous appuyerons également sur les données anamnestiques du dossier de l'adolescent, sur nos observations en groupe de parole, en activité et en sortie afin de compléter les données de l'évaluation par d'autres observations tout aussi essentielles.

Ainsi, nous nous inscrirons d'un côté dans une relation personnalisée en nous attachant à l'ensemble des données cliniques issues de l'observation du sujet en tant qu'être singulier.

De l'autre, nous nous intéresserons, à l'aide du support qu'est notre outil d'évaluation, aux

5. MODE D'ANALYSE DES DONNEES

Une étude de cas repose sur la description de symptômes, le dégagement d'une problématique, la présentation du matériel clinique recueilli (observations, entretiens et évaluation) et un travail d'interprétation supposant une reprise et un ordonnancement des éléments ce qui nécessite une lecture à plusieurs niveaux. L'étude de cas en psychologie clinique est un travail d'analyse et de synthèse visant en effet à donner du sens à un ensemble d'éléments cliniques recueillis.

Nous prendrons en compte les interactions s'établissant entre des manifestations repérables et d'un autre côté, des expressions sur un plan psychopathologique ; ces versants seront alors appelés à se soutenir mutuellement.

Les repères que nous mettrons en valeur dans cette perspective seront assez aisés à dégager lorsqu'il s'agit de suivre les fluctuations dans le registre des compétences et des symptômes mais les difficultés seront plus grandes pour l'évaluation des remaniements d'ordre psychopathologiques.

Il importe malgré tout de tenter de donner sens aux symptômes, conduites, interactions de façon à dégager les traits, les mécanismes, les positions qui spécifient les troubles du point de vue psychopathologique afin par la suite d'aboutir à une analyse psychodynamique.

L'étude de cas correspond à deux étapes différentes répondant à des opérations spécifiques. La première étape est celle du travail clinique concret et s'apparente à une procédure de recueil des informations. La seconde est l'élaboration de ces informations sous forme d'une construction visant à présenter les éléments saillants. Ainsi, à un temps analytique succède un temps de synthèse.

5.1 Observations quantitatives

Le système de notation de l'AAPEP comprend trois niveaux : les réussites (compétences acquises), les échecs (compétences non maîtrisées) et les émergences indiquant qu'une personne possède certaines compétences nécessaires pour mener à bien une tâche mais ne dispose pas de toutes les compétences nécessaires à la compréhension et à la maîtrise totale de la tâche. Ce sont ces émergences qui vont pouvoir permettre de déterminer les secteurs de compétences spécifiques qui sont les plus susceptibles d'être améliorés.

Des exemples d'analyse figurant en annexe 3 : *Exemples de cotation et d'analyse des résultats de l'AAPEP* illustrent la façon dont la cotation quantitative s'effectue en référence à l'ouvrage de Mesibov et coll. (1997).

Toutes ces informations seront ensuite intégrées dans un tableau complet de fonctionnement de l'individu avec le profil du test, les moyennes par domaines et par échelles afin de résumer les forces et les faiblesses de l'individu, de comparer ses habiletés dans ces différents domaines et d'émettre des recommandations pour l'élaboration d'un Programme Educatif Individualisé.

Pour autant, nous voudrions rappeler que nous concevons la classification reposant sur cet outil comme le point de départ d'un processus d'évaluation personnalisée destiné à comprendre d'autres aspects des difficultés de l'adolescent.

5.2 Observations qualitatives

La méthode clinique en psychopathologie du développement me permettra, par une observation fine et systématique de Yann vu dans diverses situations, de repérer ses mécanismes de fonctionnement sur les plans affectifs, sociaux et relationnel, ses modes et ses moyens de communication, ses stratégies, sa façon d'appréhender un problème et une situation, etc.

Nous essaierons alors d'évaluer la part respective de la pathologie autistique et des potentialités du développement normal concernant l'engagement social, la capacité de la vie psychique, la tolérance au changement, l'importance du retard de développement, les troubles du comportement, l'influence de la personnalité sur sa symptomatologie autistique, sur son retard de développement et sur ses troubles du comportement.

L'objectif sera alors de rendre compte des manifestations symptomatiques et comportementales opérant chez Yann à travers l'observation, de les nommer et de produire des hypothèses sur la genèse, les fonctions et les conséquences de la pathologie autistique, sur la place qu'elle occupe dans l'histoire singulière de l'adolescent et sur la manière d'intervenir sur le plan éducatif et thérapeutique.

Ce que nous pourrions observer, ce sont des comportements, des conduites et des attitudes et la difficulté réside alors dans le décryptage et la signification de ces observations, de la compréhension et de l'interprétation des données.

L'un des aspects de l'observation telle qu'elle a été introduite par Bick (Lacroix et Monmayrand, 1995) est l'intérêt de sentir émerger une « histoire psychique » en un temps qui ne coïncide pas avec le « temps » d'observation mais qui se rapproche du « temps de réflexion » qui est propre à cette méthode ce qui suppose une transformation psychique.

Ainsi, ces démarches quantitatives et qualitatives seront utilisées conjointement afin de déterminer des modalités de prise en charge avec comme but d'apprendre à connaître les caractéristiques individuelles du sujet, ses besoins spécifiques, son mode de fonctionnement, ses méthodes d'apprentissage, etc.

Si nous voulons retracer les lignes directrices de notre méthodologie, nous pourrions résumer que l'étude de cas s'appuiera sur plusieurs étapes à savoir :

- ✓ l'observation en situation d'évaluation ou non,
- ✓ la description avec le repérage des manifestations comportementales et des mécanismes psychopathologiques,
- ✓ la prise en compte de notre vécu dans la situation d'observation,
- ✓ la classification à travers l'utilisation d'outils d'évaluation,
- ✓ l'établissement de relations et l'élaboration de théories explicatives.

CHAPITRE IV/PRESENTATION, ANALYSE ET INTERPRETATION DES RESULTATS

Nous rendrons compte dans ce chapitre des résultats de nos propres modes d'investigations résultant de plusieurs ordres de données tels que l'évaluation des six domaines de fonctionnement testés passant par nos observations à l'aide de l'AAPEP dans les différents lieux.

Pour autant, nous ne négligerons en aucun cas le fruit de nos données complémentaires cliniques que nous mettrons en évidence par la présentation de nos observations.

Nous allons également tenter de produire une analyse clinique et une interprétation psychodynamique du fonctionnement psychologique de Yann et de son comportement, au regard de notre problématique.

Nous poserons alors des hypothèses afin de proposer des éléments de compréhension pour tenter de donner sens à ses comportements et ensuite aboutir à des perspectives d'actions et des propositions de soin et d'éducation pour cet adolescent.

Ainsi, nous relèverons les phénomènes comportementaux observables à travers notre échelle, puis nous les restituerons dans la dynamique individuelle et dans l'histoire de Yann.

1. EVALUATION AAPEP

Nous présenterons tout d'abord les résultats de l'évaluation de Yann par la cotation du test en situation d'évaluation pour ensuite dresser un profil et une analyse des résultats.

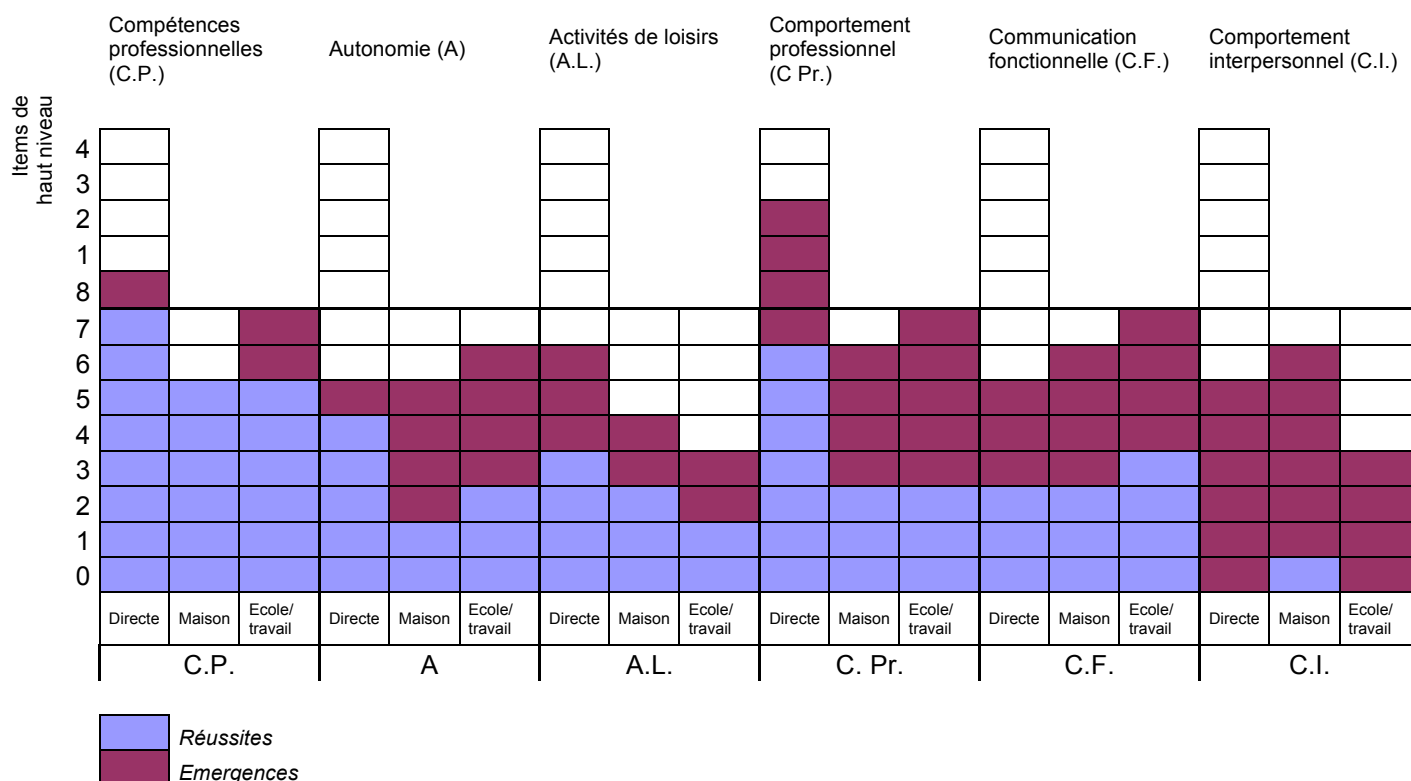
1.1 Observations comportementales et évaluation des six domaines de fonctionnement

Nous exposerons les résultats relatifs aux compétences et au comportement professionnel de Yann, à son autonomie et à ses activités de loisirs, à sa façon d'utiliser la communication et d'interagir avec autrui.

L'annexe 4 : *Fiche de cotation AAPEP par items* rend compte des résultats de Yann à l'évaluation pour les 168 items. Chaque domaine de fonctionnement a été évalué à travers les trois échelles : observations directes, au pavillon et à l'atelier.

Le graphique ci-après regroupe les données de l'évaluation concernant les échecs et les émergences dans les trois contextes d'observation (directes, pavillonnaires et à l'atelier) pour chaque domaine de compétences.

Echecs et émergences par domaine dans les trois contextes d'observation



1.2 Analyse quantitative comportementale des résultats de l'AAPEP

Nous nous intéresserons tout d'abord à l'analyse des items échoués et à ceux en émergence pour chaque domaine de fonctionnement afin de pouvoir les comparer pour ensuite les intégrer dans un mode d'approche plus global nous permettant de dresser une synthèse de toutes nos observations recueillies en ces différents lieux.

Nous reprendrons plus loin dans notre développement ces différentes observations réalisées en situation d'évaluation des compétences en y intégrant nos hypothèses psychodynamiques afin de constituer un projet de soin.

Nous exposerons tous les résultats bien que nous nous intéresserons de plus près aux observations directes ayant impliqué une relation duelle.

1.2.1 Analyse des échecs et émergences pour chaque item par échelle

Etant donné que nous nous situons dans une perspective de compréhension et d'action au regard des difficultés de Yann, nous nous intéressons plus particulièrement aux émergences et aux échecs comme le préconise l'AAPEP afin de déboucher par la suite sur une proposition de remédiation.

Ceux-ci sont analysés en référence au manuel de Mesibov, Schopler et coll. (1997).

1.2.1. a) Compétences professionnelles

Echelle d'observations directes		Echelle travail			Echelle pavillon	
Echecs	Emergences	Ech	Em		Ech	Em
<p>Item 10 : Yann commet plus de 3 erreurs au classement par ordre alphabétique (livre, arbre, pomme, usine, hier) même lorsque nous lui donnons l'exemple.</p> <p>Item 11 : Mesures: incapacité de mesurer la longueur des brins de laine, ni de les trier correctement.</p>	<p>Item 9 : Dactylographie : Yann tape son nom et son prénom avec une erreur et ne recopie pas la phrase : « tu travailles bien », bien qu'il puisse la lire.</p> <p>Item 12 : Utilisation coordonnée de deux instruments : Yann termine une partie de la tâche mais a besoin d'aide pour certains aspects (utilise le tournevis mais a besoin d'aide pour serrer l'écrou).</p>		<p>Item 122 : Assemblage : Yann a besoin de guidance occasionnelle ou de démonstration.</p> <p>Item 126 : Mesures : Yann a parfois besoin d'aide ou prend des mesures sans supervision en faisant quelques erreurs.</p> <p>Item 132 : Déplacements autonomes : Yann se déplace seul dans les endroits familiers.</p> <p>Item 134 : Comportements au cours des transitions : Yann éprouve des difficultés modérées mais intermittentes pour passer d'une activité à une autre (comportements dérangeants : bruits et attention fluctuante).</p> <p>Item 135 : S'adapte aux modifications de routine : Yann présente des difficultés légères : il insiste pour poursuivre comme d'habitude.</p> <p>Item 136 : Comportement en public : Yann affiche parfois un comportement légèrement inapproprié qui peut déranger les autres (se balance, stéréotypies, parle fort).</p>			

Nous pouvons globalement observer que Yann dispose d'un certain nombre de compétences professionnelles notamment sur son lieu de vie bien qu'il y ait des aspects spécifiques à retravailler au sein de son atelier en prenant en compte ses capacités en émergences (assembler, prendre des mesures, classer) et ses difficultés davantage relationnelles concernant son adaptation au groupe, aux consignes et à l'environnement.

Au sein du pavillon, Yann présente que des réussites aux items administrés en terme de compétences professionnelles.

1.2.1. b) Autonomie

Echelle d'observations directes		Echelle travail		Echelle pavillon	
Echecs	Emergences	Ech	Em	Ech	Em
<p>Item 14 : Lecture de l'heure, Item 15 : Reconnaissance de l'argent, Item 16 : Somme d'argent : Yann refuse ces épreuves.</p>	<p>Item 13 : Informations d'urgences : Yann répond correctement aux questions relatives à son nom et son domicile mais ne sait pas pour son numéro de téléphone.</p>			<p>Item 85 : Cuisine : Yann a besoin d'aide pour tous les plats impliquant une préparation ou l'utilisation d'une cuisinière.</p> <p>Item 86 : Achats simples : Yann ne fait aucun achat seul.</p>	<p>Item 81 : Habillage et soins personnels : Yann s'habille et se déshabille presque seul, il enfiler et ôte ses vêtements mais a besoin d'aide pour d'autres aspects comme choisir un vêtement adapté par rapport au climat ou aux circonstances. Il se coiffe seul mais a besoin d'aide pour se couper les ongles.</p> <p>Item 82 : Bain et brossage des dents : Yann sait le faire seul mais joue avec l'eau et a besoin de rappel verbaux pour ne pas s'attarder à ses tâches.</p> <p>Item 84 : Rasage : Yann se rase seul mais a besoin de rappel et d'aide pour certains aspects.</p> <p>Item 86 : Se déplace seul : à partir de et vers les endroits familiers.</p>

Yann paraît avoir acquis des compétences certaines en autonomie bien que sont à exploiter les aptitudes relatives aux soins personnels, au repérage dans le temps et des connaissances relatives aux achats et à la cuisine.

L'évaluation sur l'atelier rend compte de réussites à tous les items dans ce domaine de compétence.

Par ailleurs, notons que Yann a refusé certains items en observations directes le mettant certainement en difficulté et a fait preuve d'énervement dont nous devons tenir compte en ce qui concerne sa sensibilité à l'échec.

1.2.1.c) Activités de loisirs

Echelle d'observations directes		Echelle travail		Echelle pavillon	
Echecs	Emergences	Echecs	Emergences	Echecs	Emergences
<p>Item 28 : Jeu de cartes : A la question « Aimes-tu jouer aux cartes », Yann répond à l'affirmative mais lors de la distribution, il ne joue pas avec l'observateur mais tout seul sans respect de la règle.</p> <p>Item 33 : Jeu de cartes de plus haut niveau : Yann ne respecte ni les règles, ni son tour.</p> <p>Item 34 : Joue à des jeux de société : Il ne participe pas convenablement au jeu.</p> <p>Item 35 : Billard électrique : Yann joue d'une façon inappropriée.</p> <p>Item 36 : Engage et mène à bien une activité de loisirs : Yann n'essaie pas de commencer une activité et ne choisit pas non plus d'activité lorsque nous lui proposons.</p>	<p>Item 26 : Balle de Velcro : Yann lance les balles vers la cible mais a besoin d'encouragements supplémentaires.</p> <p>Item 29 : Jeu de ballon : Yann attrape et lance la balle mais se lasse et ne le fait pas plus de quatre fois consécutives.</p> <p>Item 32 : Lecture de magazines : Yann s'occupe avec les magazines mais pas plus d'une minute.</p>	<p>Item 139 : Joue avec les autres : Yann n'est pas capable de jouer à un jeu coopératif ou ne prend pas en compte les autres dans un jeu, que celui-ci soit structuré ou non.</p> <p>Item 140 : Repas ou temps de pause : Yann ne semble pas distinguer les pauses de la période de travail et ne s'engage pas dans une quelconque activité.</p> <p>Item 141 : Activité de groupe : Yann ne participe, ni ne s'intéresse aux activités de groupe.</p>	<p>Item 143 : Apprentissage de nouvelles activités de loisirs : Yann essaie d'en pratiquer mais a des difficultés pour apprendre en perdant rapidement tout intérêt.</p> <p>Item 144 : Activités d'intérieur : Yann a besoin de guidance pour certains aspects notamment afin de l'aider à maintenir son attention.</p>	<p>Item 91 : Joue avec les autres : Yann est conscient de la présence des autres mais ne partage pas de jeux avec eux.</p> <p>Item 92 : Jeux de tables : Yann n'essaie pas d'y jouer même si il est stimulé.</p>	<p>Item 94 : Intérêt soutenu pour des activités d'intérieur : Yann se lance rarement dans ce type d'activité sauf si elles lui sont imposées.</p> <p>Item 95 : Intérêt soutenu pour des activités d'extérieur : Yann s'y livre de façon régulière sans guidance mais ses activités sont ritualisées (bac à sable).</p>

Ce domaine de compétences paraît poser plus de difficultés à Yann notamment dans le fait de prendre en compte l'autre et d'interagir avec lui dans des activités de loisirs à plusieurs mais également dans sa concentration et son intérêt pour de nouvelles activités.

Ses activités sont ritualisées, solitaires et stéréotypées considérant ses intérêts constants aux matières telles que l'eau et le sable et aux livres traitant de ses sujets favoris.

Nous remarquons également que Yann possède des capacités en émergences mais qu'il lui est difficile d'initier des activités.

1.2.1.c) Comportement professionnel

Echelle d'observations directes		Echelle travail		Echelle pavillon	
Echecs	Emergences	Echecs	Emergences	Echecs	Emergences
<p>Item 44 : Réactions aux transitions : Lorsque Yann est en échec, il éprouve des angoisses au cours des transitions et présente une difficulté à se remettre au travail.</p>	<p>Item 41 : Réagit à l'environnement : Yann présente des réactions inadéquates telles que celles de ne pas réagir aux bruits (musique de plus en plus fort).</p> <p>Item 43 : Tolère les interruptions : Yann les supporte mais présente des signes d'anxiété.</p> <p>Item 46 : Demande de l'aide si nécessaire : Yann l'exprime indirectement ou vaguement, paraît confus mais ne le demande pas explicitement.</p> <p>Item 48 : Lecture d'un horaire par rapport à des images représentant des activités quotidiennes : Il répond correctement à l'aide des images sans lire l'heure indiquée.</p>		<p>Item 146 : Rythme de travail : Lorsque les tâches sont connues, sa cadence de travail varie entre un rythme constant à un rythme incohérent et variable.</p> <p>Item 149 : Respect des biens d'autrui, des règles et du règlement : Yann transgresse occasionnellement les règles.</p> <p>Item 150 : Travail à proximité d'autres personnes : Présente un comportement légèrement inadéquat (difficulté de concentration ou réduction de sa vitesse de travail).</p> <p>Item 151 : Relations avec les représentants de l'autorité : Yann désobéit parfois.</p> <p>Item 152 : Régularité : Yann est parfois absent.</p>	<p>Item 102 : Tolère les interruptions : Lorsque Yann travaille seul et attentivement, il manifeste une gêne d'être interrompu (stéréotypies, colères) et doit être guidé pour se remettre au travail.</p> <p>Item 103 : Fait preuve de difficultés pour s'adapter aux changements de routine : Yann réagit aux changements d'habitudes en paraissant perturbé et désorganisé.</p>	<p>Item 99 : Respect des biens d'autrui, des règles et du règlement : Yann enfreint occasionnellement le règlement et s'est déjà montré négligeant envers les biens d'autrui.</p> <p>Item 101 : Instructions différées : Yann les suit mais de façon incohérente avec une volonté d'exécuter les instructions immédiatement.</p> <p>Item 104 : Entretien sa zone de travail et ses effets personnels : Il a besoin de guidance occasionnelle et de rappel pour entretenir sa chambre.</p>

Yann présente des difficultés dans la façon de gérer l'environnement professionnel en affichant un comportement inadapté en relation avec le rythme de travail, les transitions, la prise en compte d'autrui et du règlement.

Nous pouvons questionner ces observations en relation avec celles des compétences professionnelles puisque nous avons pu constater que Yann en dispose mais que son comportement (transgressions, précipitation aux tâches et aspects relationnels) et ses angoisses liées aux modifications d'environnement viennent entraver ses acquisitions.

1.2.1.d) Communication fonctionnelle

Echelle d'observations directes		Echelle travail		Echelle pavillon	
Echecs	Emergences	Echecs	Emergences	Echecs	Emergences
<p>Item 52 : Instructions différées : « Ouvre la porte lorsque tu auras terminé ». Yann y va de suite même après répétition des instructions.</p> <p>Item 54 : Fait preuve d'affectivité positive : Yann ne donne pas de signes d'affectivité compréhensible par autrui.</p> <p>Item 56 : Communication spontanée : Yann ne l'engage pas et n'y participe pas.</p> <p>Item 57 : Instructions écrites,</p> <p>Item 58 : Rédaction de messages</p> <p>Item 59 : Achats simples : Refus, agitation, énervement.</p>	<p>Item 51 : Répond aux questions sur la situation présente : Approche fonctionnelle du langage en rapport à ses besoins (« Veux-tu de l'eau ? » « oui », mais ne répond pas à « As-tu finis ? »).</p> <p>Item 53 : Communique ses besoins : Yann ne les communique pas clairement et de façon incohérente.</p> <p>Item 55 : Comprend les interdits : Yann réagit en changeant d'activité mais son comportement ne s'intensifie, ni ne s'inhibe totalement.</p>		<p>Item 153 : Communication des besoins élémentaires : Yann essaie mais n'y parvient pas toujours de façon compréhensible.</p> <p>Item 154 : Communication des besoins au cours d'une activité : Yann ne le fait pas toujours d'une manière intelligible (gestes vagues).</p> <p>Item 156 : Réactions aux interdits : Yann y réagit mais a besoin d'encouragement et de rappel.</p> <p>Item 158 : Ecrit son nom : Il le fait mais commet quelques erreurs.</p>	<p>Item 111 : Activités sociales : Yann n'utilise pas ses compétences de communication dans des activités sociales.</p>	<p>Item 106 : Répond à des questions sur son état actuel : Yann peut répondre de façon appropriée mais de manière inconstante.</p> <p>Item 108 : Utilise des concepts : Il les utilise dans des conversations courantes mais souvent à travers l'expression de son monde imaginaire.</p> <p>Item 110 : Utilisation du téléphone : Yann a besoin d'aide pour trouver le numéro et obtenir la personne souhaitée.</p> <p>Item 112 : Conversation spontanée : La conversation présente des signes d'écholalie, de phrases répétées mécaniquement, de jargons ou se limite à des commentaires directs sur ses besoins élémentaires et les activités quotidiennes.</p>

La principale difficulté de Yann au niveau de la communication se situe dans la spontanéité, les relations sociales et l'expression de son affectivité.

La communication fonctionnelle est acquise mais dépend de sa disponibilité et de ses intérêts.

Par ailleurs, Yann a paru agité et a refusé l'administration des trois derniers items en observations

1.2.1.e) Comportement interpersonnel

Echelle d'observations directes		Echelle travail		Echelle pavillon	
Echecs	Emergences	Echecs	Emergences	Echecs	Emergences
<p>Item 61 : Réagit à son nom : ne montre pas qu'il a pris conscience qu'on l'appelle.</p> <p>Item 65 : Sourit de façon appropriée : Yann sourit parfois de manière inappropriée pour des faits incompréhensibles.</p> <p>Item 66 : Maîtrise de soi : Yann présente des habitudes de travail dérangeantes (monologues forts).</p> <p>Item 69 : Engage des interactions : Yann n'engage aucune interaction.</p> <p>Item 72 : Joue aux jeux de société : Yann ne prend pas en compte la présence de l'autre, a besoin de rappel fréquents et ne réagit pas aux interactions.</p>	<p>Item 62 : Salutations élémentaires appropriées : Yann ne maîtrise pas certains aspects (contact oculaire, manière de serrer la main).</p> <p>Item 64 : Réagit à la présence de l'examineur : tantôt convenablement, tantôt pas.</p> <p>Item 67 : Comportement interpersonnel positifs : Yann entre en interaction à certains moments mais pas à d'autres.</p> <p>Item 68 : Comportement interpersonnel négatifs : comportements colériques.</p> <p>Item 70 : Se déplace avec l'examineur : marche en présentant un léger comportement d'évitement (hésite au début et se positionne un peu en retrait).</p> <p>Item 71 : Interactions physiques appropriées : réagit au contact physique de façon légèrement inappropriée (poignée de main molle, contraction du corps) mais ne s'y dérobe pas.</p>	<p>Item 162 : Comportement interpersonnel positif avec les proches rare.</p> <p>Item 164 : Comportement interpersonnel négatifs : Yann peut se montrer agressif ou dérangeant (opposition aux instructions, colères).</p> <p>Item 167 : Comportement au sein d'un groupe : Yann ne participe que très rarement de manière appropriée aux activités du groupe.</p> <p>Item 168 : Recherche la compagnie de certaines personnes : Yann n'engage presque jamais des contacts sociaux avec des personnes particulières.</p>	<p>Item 161 : Réagit à la présence d'autres personnes : Yann n'y réagit pas toujours.</p> <p>Item 163 : Comportement interpersonnel positif avec les étrangers : Yann manifeste un comportement inconstant.</p> <p>Item 165 : Comportement au cours des activités individuelles-maîtrise de soi : Yann présente des habitudes de travail qui pourraient dérange les autres mais est capable de travailler un moment sans présenter ces comportements.</p> <p>Item 166 : Dérange les autres durant les activités individuelles : Yann les dérange occasionnellement de part ses stéréotypies.</p>	<p>Item 120 : Dérange les autres durant les activités individuelles : Yann est fréquemment dérangeant en mettant la télévision à trop haut volume, en ouvrant et en fermant les portes.</p>	<p>Item 113 : Comportement interpersonnel positif avec les proches: Il arrive à Yann d'en avoir mais il n'engage pas d'interaction.</p> <p>Item 114 : Comportement interpersonnel positif avec les étrangers : Il peut répondre aux interactions mais son comportement est parfois incohérent ou légèrement inadapté.</p> <p>Item 115 : Comportement interpersonnel négatifs: Yann en manifeste parfois avec des oppositions, des agressions vis-à-vis d'autrui et de lui-même ou des comportements trop affectueux envers les filles (enlace).</p> <p>Item 116 : Relations sociales : Yann essaie d'engager des interactions et des contacts minimaux mais ne dispose pas des compétences sociales appropriées.</p> <p>Item 117 : Réagit à la présence d'autres personnes : Yann est conscient de la présence des autres mais n'y réagit que rarement.</p> <p>Item 119 : Recherche la compagnie de personne préférées : Yann semble y être sensible mais ne recherche pas de contacts.</p>

Yann présente davantage de difficultés dans ce domaine de compétences bien qu'il affiche des émergences étant susceptibles d'être travaillées.

En effet, l'évaluation du comportement interpersonnel soulève des échecs et émergences au niveau de l'interaction et du comportement relationnel et social.

(1) Compétences professionnelles

1.2.2 Résultats et interprétations des moyennes par échelles et par domaines au regard des réussites et émergences

(2) Autonomie

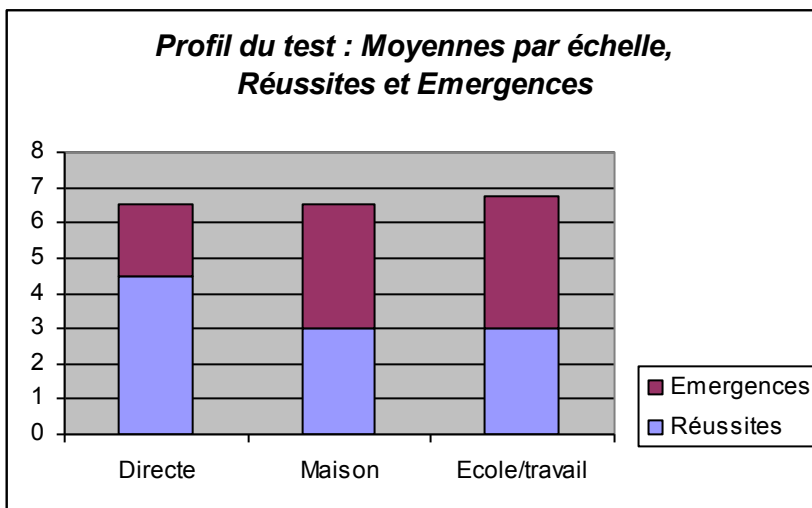
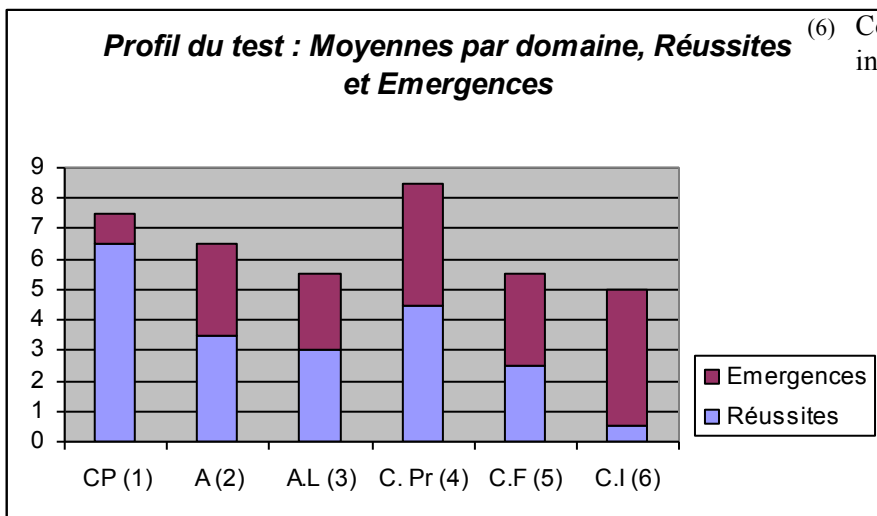
(3) Activités de loisirs

(4) Comportement

En se référant au graphique ci-dessous, nous pouvons mettre en évidence une vision globale sur l'ensemble de l'évaluation.

(5) Communication fonctionnelle

(6) Comportement interpersonnel



Nous pouvons remarquer que le domaine « compétences professionnelles » est la force la plus importante de Yann (6 réussites en moyenne) quelque soit l'environnement dans lequel il a été évalué. Le profil « comportement professionnel » fait écho à celui des compétences où Yann obtient certes moins de réussites (4 en moyenne) mais plus d'émergences (3,5 en moyenne).

Ces résultats peuvent nous conduire à émettre l'hypothèse que Yann aurait les compétences mais son comportement ne les reflète qu'à l'état d'émergence en particulier au pavillon et à l'atelier.

En effet, au regard des résultats bruts, Yann réussit sept items et obtient quatre émergences au domaine « comportement professionnel » en observations directes alors qu'il en réussit trois aux deux

En tenant compte de ces résultats, nous pourrions penser que la situation duelle lui permet d'avoir un meilleur potentiel du fait de l'étayage et de la médiation au psychologue.

Cependant, concernant les autres domaines de fonctionnement, il n'y a pas de différences significatives inter-échelles.

D'autre part, les résultats sont plus faibles pour le « comportement interpersonnel » et la « communication fonctionnelle » bien que Yann présente quelques émergences. Le profil est similaire quant aux « activités de loisirs » et à l' « autonomie ».

Enfin, nous notons que Yann obtient un nombre important d'émergences dans tous les domaines ce qui nous laisse confiant sur ses capacités.

Néanmoins, nous considérons que l'adolescent n'est pas uniquement compétent ou non mais qu'il y a bien quelque chose à entendre du côté des coordonnées singulières et spécifiques de Yann en particulier là où il y a échec.

2. OBSERVATIONS CLINIQUES

Après avoir dressé le résultat de nos observations du comportement de Yann dans chaque domaine que propose notre outil, nous allons intégrer d'autres données résultant de la complémentarité de nos observations et de notre regard clinique en interrogeant également notre capacité de réceptivité, les retombées de notre présence, de nos ressentis et de notre implication dans le contexte. Nous nous permettrons ainsi de nous laisser saisir en deçà de notre pensée rationnelle et consciente.

2.1 D'une prise de contact indirect à nos rencontres

La démarche d'évaluation a impliqué de notre part une prise de contact en premier lieu « déviée » et indirecte par la lecture d'informations anamnestiques concernant Yann et à travers les requêtes et les dires des différents intervenants ce qui a induit chez nous certaines représentations en partie dénuées de neutralité avec la visée d'une perspective intéressante de projet, l'idée d'un sujet ayant des capacités mais présentant également des comportements dérangeants (toute puissance, agressivité, épuisement pour l'équipe).

Nous avons alors en quelque sorte une construction psychique pré-établie antérieure à la rencontre directe, des attentes qui n'ont sans doute pas été sans conséquences sur les observations

ultérieures puisque nous pouvions nous attendre à de « bons » résultats à l'échelle mais nous étions animée d'une certaine appréhension de la situation duelle en rapport à des comportements que nous nous représentions comme « agressifs » et « provocateurs ».

Nous avons été présentée à Yann au sein du pavillon par la psychologue en tant que stagiaire deux semaines avant l'évaluation.

Durant ce laps de temps, nous avons mangé en ces lieux à ses côtés à deux reprises et avons donc pu commencer nos observations.

Yann nous serrait la main lorsque nous allions de nous même à sa rencontre et détournait aussitôt le regard. Nous avons eu l'impression qu'il n'investissait aucunement notre présence, ni celle des autres adolescents autour de lui.

Le trouble du contact et de la relation était par ailleurs perceptible avec un évitement du contact oculaire et une posture hypotonique lorsqu'il nous saluait ou répondait à nos sollicitations.

Lors des repas, Yann restait dans son coin, ne parlait pas ou acquiesçait à nos questions de façon brève.

Nous avons l'impression qu'il manifestait ses stéréotypies et ses monologues imaginaires à des moments où l'ambiance du groupe était tendue. Par exemple, les questions insistantes en écholalie d'une adolescente perturbant le repas, Yann extériorisait son agacement par des bruits et mouvements incessants. Puis il en est venu aux mains, en se précipitant sur son cou pour l'étrangler et la taper. A ce moment même, nous sommes intervenue en lui demandant de manifester son mécontentement par la parole et l'usage de mots, il lança alors : « ça m'agace ». Nous lui avons répondu, que nous savions et que visiblement, l'attitude de l'adolescente n'énervait pas que lui. Il se mit à crier « Hélène », suivi de mouvements de tête et de bruits de gorge. Nous lui avons dit : « continue ce que tu essayes d'exprimer » et il poursuivi : « Hélène », « Hélène », « Hélène », « tu m'énerves », « arrête ». L'adolescente ne s'est pas calmée et Yann s'est montré très angoissé. Le fait est que nous avons eu l'impression que sa réaction et son énervement reflétaient notre état d'esprit et celui des éducateurs à ce moment précis mais que son expression et sa manière d'aborder la situation furent différentes de la notre.

Par ailleurs, nous avons pu remarquer que Yann se montrait très indépendant par rapport au groupe après les repas et manifestait son refus pour toutes activités d'échanges préférant les loisirs individuels (bandes dessinées, eau et sable).

La ritualisation de certains comportements lorsqu'il transvasait d'une main à l'autre l'eau et le sable nous semblait faire écho à des sensations intenses au niveau des canaux sensoriels.

Le comportement de Yann lors de la première rencontre en entrant dans la pièce était celui d'explorations sensorielles visuelles et tactiles insistantes du bureau de la psychologue, de l'extérieur, du tableau des jours de la semaine et du calendrier.

Au cours de ce premier entretien, nous lui avons demandé de s'asseoir et avons insisté sur la nécessité de se concentrer sur notre échange bien que nous avons eu quelques difficultés à le canaliser.

Nous avons mené cet entretien préliminaire à l'évaluation avec Yann afin de le rencontrer dans un autre cadre, de lui expliquer ce que nous allions entreprendre comme travail ensemble ainsi que l'intérêt de l'évaluation pour son projet.

Yann nous a paru d'accord et a acquiescé nos propositions, le regard fuyant et la tête baissée, posture caractéristique de ce jeune qui nous place indirectement « hors relation » ou encore « hors champ ».

Nous lui avons demandé à plusieurs reprises s'il était avec nous, ne ressentant pas sa présence. Yann nous a répondu « oui » mais nous sentions que ses intérêts étaient dirigés « autre part », dans cet « ailleurs » que nous avions du mal à appréhender.

La rencontre avec le sujet nous a confronté à une clinique du vivant, celle de Yann et de ses mouvements physiques et psychiques qui nous ont renvoyé face à des conduites difficiles à saisir, à comprendre et à faire évoluer et nous avons alors tendu vers une perspective davantage descriptive dans un premier temps.

Nous avons tout d'abord pu dresser une description physique de l'adolescent nous apparaissant comme grand et mince avec un rapport statur pondéral correct. Yann a les cheveux châtain, de grands yeux bleus et porte des lunettes ce qui lui donne une apparence à la fois enfantine et sérieuse.

Nous avons d'ores et déjà pu repérer des stéréotypies gestuelles lors de nos premiers contacts: jeux de mains et de tête (mouvements tournants et balancements) qu'il accompagne de bruits musicaux ou de claquements de langues qui nous conduisent à nous focaliser davantage, interpelle notre attention et perturbe notre concentration en observation directe.

Par ailleurs, il a manifesté des bruits de bouche, de dents et de gorge récurrents s'apparentant également à des stéréotypies.

Au niveau de sa voix, nous avons pu noter que Yann dispose d'une intonation fluctuante gravissant rapidement du très grave au très aigu, la tonalité qu'il utilisait dans l'aiguë nous a semblé refléter son angoisse, ou était du moins susceptible de déclencher chez nous ce sentiment et cette étrange impression.

Le langage de Yann est construit mais peu utilisé dans sa valeur d'échange.

En effet, celui-ci est écholalique, souvent stéréotypé, tournant autour de noms propres de personnages fictifs, de bandes dessinées ou de dessins animés : « Monsieur Abadone », « Capitaine Crochet ». Nous avons également pu repérer un aspect litanique du langage par la répétition systématique et constante de certains mots tel que « Bouvé » et de dialogues entiers de dessins animés.

Nous nous sommes intéressée dans un premier temps à ce monde dont il nous a fait part en posant des questions plus précises mais nous nous sommes rapidement rendue compte que Yann ne nous répondait pas, continuait dans sa lancée et que ces intérêts étaient non partageables.

En outre, nous avons remarqué un flux de paroles lorsqu'il évoquait ces thèmes de prédilection (dinosaures et héros de dessins animés) et nous nous sommes sentie alors dépassés et éprouvions des difficultés à le contenir et à réinvestir le cadre de l'entretien avec un sentiment étrange d'être « inadéquate » et « inutile ». Nous ne pouvions alors nous empêcher de nous questionner sur ce que lui pouvait ressentir dans ces moments précis mais nous perdions notre capacité de compréhension avec une impression que Yann refusait de se laisser « déchiffrer ».

De plus, son langage était désaffectivé avec une absence d'intonation ce qui nous a mis dans une position de ne pas être en capacité de recevoir ou de décoder des affects de prime abord. Nous étions nous même en défaut de « théorie de l'esprit ».

Par ailleurs, c'est autant à travers le corps et les manifestations gestuelles que par son langage « robotisé » que l'angoisse se faisait ressentir.

Quant au contenu de son discours, il a présenté des particularités telles que des verbes à l'infinitif (« c'est d'être » au lieu de « je suis allé »), des phrases à la grammaire incorrecte et une difficulté de s'adresser directement à l'autre par exemple lorsqu'un collègue a frappé à la porte, il a exprimé « c'est qui celui là ? ».

D'autre part, il a souvent manifesté des réponses différées et nous a mise dans l'embarras puisque nous perdions alors le fil de la conversation.

Pour autant, nous avons noté une articulation correcte ainsi que l'utilisation occasionnelle du pronom personnel « je ».

Nous avons également repéré un bon niveau de compréhension bien que très dépendant de sa disponibilité et de son attention. En effet, Yann nous a donné l'impression d'une relative absence et d'un retrait relationnel mais certains éléments tel que ses réponses dans l'après coup nous ont montré qu'il était tout de même présent et qu'il entendait ce que nous lui disions.

Nous nous questionnons alors sur ses non-réponses ou ses remarques différées comme une sorte d'affrontement puisque nous étions désemparée devant le silence et l'absence de réponse qui nous renvoyait plus ou moins directement à un questionnement sur nos actions et que Yann aurait pu être susceptible de ressentir.

Son mode de communication nous a paru fortement lié à son fonctionnement relationnel avec une certaine indifférence aux autres en général et à l'échange dans cette situation d'entretien.

En effet, lorsque nous avons tenté de rentrer en relation avec lui en le questionnant par rapport à ses activités de la semaine, Yann détournait nos questions en évoquant ses dialogues de films ou désirait prendre des livres dans la bibliothèque et les regarder dans son coin. Et si nous tentions d'instaurer un échange autour des images, il restait cloisonné dans ses monologues, négligeant totalement notre présence. Cependant, nous avons perçu que Yann était en capacité d'adopter un langage adapté par exemple pour formuler une demande relative à ses besoins ou envies : « Je voudrais mes livres s'il te plaît ».

L'absence de communication et de contact apparent avec cet adolescent autiste nous apprend quelque chose sur nos propres mécanismes défensifs, sur ce qui nous fait défaut car ce principe de fonctionnement nous a renvoyé à un aspect très primaire et archaïque. Ceci nous a conduit à une difficulté d'identification émotionnelle mais également physique de part ses manifestations corporelles (stéréotypies et absence de contact oculaire) et son fonctionnement relationnel qui ne sont pas de notre ordre et qui nous a confrontée à de l'angoisse. D'autant plus que nous avons été animée de l'impression que Yann ressentait notre malaise.

Par ailleurs, lorsque nous avons tenté d'aborder des aspects familiaux soit verbalement, soit par l'intermédiaire du dessin, Yann a paru aussitôt en grande difficulté évoquant le souhait de « parler d'autre chose » ou de « dessiner autre chose ».

Nous avons pu, à travers ce support, observer un graphisme de bonne qualité et un certain apaisement, de son côté comme du notre lorsque Yann dessinait à partir de ses personnages favoris de bandes dessinées.

D'autre part, nous avons remarqué que Yann utilise sa main gauche pour beaucoup d'activités (repas, activités manuelles) mais pour écrire ou dessiner, il se sert de sa main droite.

Nous avons par la suite réussi à maintenir un échange dans la réalité puisque Yann nous a restitué ce qu'il avait vu lors de son voyage à Paris et qu'il a pu s'exprimer avec un vocabulaire développé et cohérent durant environ deux minutes pour raconter ce qu'il avait fait avant de « re »digresser et de fuir dans l'imaginaire.

Nous avons alors pris partie de mettre un terme à cet entretien un peu précipitamment, ne trouvant pas le moyen de le « récupérer ».

2.2 Observations au cours des évaluations

Le fait d'être en possession d'une grille a pu en partie nous permettre de lutter contre ce « vide » et de limiter notre angoisse, ou du moins de l'apprivoiser par une tentative d'objectivation bien que nous avons été, par moment, animé par un sentiment de malaise.

L'intérêt de Yann à l'égard des différentes épreuves de l'évaluation fut peu ou difficilement perceptible et sa concentration a paru fluctuer d'une séance à l'autre et entre l'administration des épreuves. En effet, il est passé rapidement du calme à la distraction et à l'excitation avec la nécessité de le rappeler constamment à la tâche.

Il s'est montré plus bruyant et a manifesté davantage de stéréotypies verbales difficiles à contenir au cours de la deuxième séance d'évaluation en observations directes.

Nous avons également noté des différences dans les observations en fonction des contextes mais également selon les interlocuteurs et leurs attentes vis-à-vis de Yann.

En effet, les attitudes de l'adolescent étaient fluctuantes face à divers observateurs intervenants dans le champ psychologique, éducatif ou professionnel puisque celui-ci s'est montré plus calme et moins dans l'opposition et l'agitation au sein de son lieu de travail en présence de son moniteur et de personnes de sexe masculin que sur son lieu de vie où les éducateurs sont majoritairement des femmes ou encore en séance d'observation directe.

Cette constatation s'est retrouvée également en groupe de parole où il a repéré les places de chacun, nous offrant des observations divergentes selon que ce soit le ou la psychologue qui régulait. Il nous a semblé en effet que Yann prenait la parole d'une façon plus construite et que son discours avait

davantage un rapport avec les activités de l'établissement ou avec les derniers éléments en date lorsque le psychologue animait la séance tandis que Yann faisait appel à ses monologues, ses éléments imaginaires et ses manifestations stéréotypiques dès lors que la psychologue se livrait à la tâche de régulation ce qui provoquait manifestement un agacement de sa part.

D'autre part, nous avons pu entrevoir que Yann a paru sensible aux attentes de l'observateur qui semblaient avoir été pour lui source d'angoisse, si bien que lorsque nous attendions de lui une performance qu'il n'était pas en mesure d'accomplir, il avait tendance à se rétracter plutôt que de se sentir stimulé.

De plus, nous avons perçu une sensibilité à la valorisation de part ses propres applaudissements lorsqu'il réussissait certains items.

Il a semblé également que Yann ait eu des difficultés à admettre qu'il ne savait pas en détournant la situation par des dialogues de dessins animés ou en s'agitant et manifestant le refus de certaines épreuves.

En effet, lorsqu'il se sentait mis en difficulté, sa volonté était de passer à un autre exercice et il s'avérait difficile pour lui, comme pour nous, de nous remettre au travail après un échec de part l'interférence de ses stéréotypes et de ses manifestations agitées : il a lors d'une épreuve jeté les pions par terre et est sorti de la pièce. Nous l'avons laissé se lever avec pour notre part un sentiment d'incapacité à réagir sur le moment et nous sommes ensuite sortie le récupérer dans le couloir afin de lui demander de façon autoritaire et avec insistance de revenir.

Au vue de son agitation et de notre sentiment d'être envahie par le « désordre », nous avons suspendu l'évaluation pour le rencontrer deux semaines plus tard.

Lors de cette deuxième séance, nous avons rappelé à Yann la raison de l'arrêt des épreuves au cours de notre précédente rencontre et le fait qu'il était indispensable qu'il se concentre pour que nous finissions dans le calme cette partie de l'évaluation.

Il nous a semblé que Yann ait organisé une certaine mise en scène quelque peu provocatrice à notre égard, nous surnommant « petits pieds » et court-circuitant l'évaluation en décrochant de temps à autre le téléphone afin de déployer ce dialogue : « Allo Mr Abadone, oui Mr Abadone, très bien Mr Abadone, au revoir Mr Abadone ».

Si nous lui demandions de cesser, il se contenait quelques minutes et recommençait de plus belle dès que nous préparions le matériel pour l'épreuve suivante. Nous devions alors le rappeler à l'ordre et le focaliser de nouveau sur les exercices. Bien que Yann n'ait pas paru prendre en compte la présence de la

psychologue « observatrice » dans le bureau, celle-ci est intervenue, faisant alors tiers ce qui nous a rassurée et évité de nous laisser trop absorber par des comportements que nous maîtrisions difficilement.

Lorsque nous lui avons demandé si il faisait référence au dinosaure « petit pied », il nous a répondu par la négative et a adopté ce surnom nous qualifiant en réunion institutionnelle. De plus, lorsque nous avons rectifié, il nous a demandé « tu es qui ? » alors que nous sentions qu'il le savait pertinemment. Nous lui avons alors répondu « tu sais très bien qui je suis, tu connais mon prénom et si tu ne t'en rappelles pas, tu me le redemandes » en lui ressignifiant que nous nous étions rencontrés à plusieurs reprises. Yann m'a redemandé d'une façon un peu désorganisée et avec une tonalité dans les aigus « t'appel ton nom ? », je lui ai rappelé mon prénom en lui disant « tu le savais » et il m'a répondu, un peu timidement « oui ».

Par ailleurs, nous avons noté durant les différentes évaluations que Yann tolérait difficilement les transitions et qu'il paraissait exprimer une intolérance aux frustrations.

En effet, il a semblé avoir révélé une certaine vulnérabilité aux changements qu'il a manifesté par exemple par une modification de voix suraiguë et angoissée entre autre lorsqu'il s'est rendu compte qu'il manquait un pion, en étant dans l'impossibilité de le formuler de façon audible.

L'intolérance aux frustrations fut également repérable dans le pavillon par son comportement de mordre un autre adolescent sous prétexte de ne pas pouvoir regarder le film qu'il désirait ou encore par son attitude d'opposition face au lavage de tables.

Ce jour là, les parents de tous les adolescents étaient conviés par l'établissement l'après-midi et l'ambiance du pavillon était « tendue », tant au niveau des jeunes que des adultes. La réunion institutionnelle du matin incluant les adolescents et professionnels du pavillon se présentait comme très agitée avec une certaine difficulté de canaliser cette ambiance. Yann a manifesté son énervement et son angoisse selon nous face à cette tension par des stéréotypies gestuelles, verbales et par des monologues amplifiés.

Alors qu'il était de service le midi même et manifestait son refus, nous l'avons personnellement sollicité en faisant appel à ses intérêts : « tu aimes jouer avec la mousse ! ». Il a été cherché le seau, a donné un coup de pied dedans renversant toute l'eau par terre et lorsque nous lui avons demandé de nettoyer et de remonter son pantalon, il l'a descendu pour nous montrer ses fesses. Toujours est-il que nous nous sommes sentie très mal à l'aise et que notre impossibilité à réagir face à cette situation a nécessité l'intervention d'un éducateur.

La toute puissance de Yann dans cette situation nous a ici renvoyée plus ou moins à notre impuissance face à un adolescent difficile à contenir. D'autant plus que la rencontre avec sa maman l'après-midi a renforcé ce sentiment puisque lorsque nous avons été lui présenter notre travail, celle-ci nous a renvoyé qu'elle avait été attentive à notre présentation sur l'AAPEP mais a rajouté : « vous avez l'air bien jeune pour mener ce type d'évaluation ».

Par ailleurs, il est arrivé que Yann s'oppose et se montre autoritaire et agressif verbalement (injonctions) et physiquement dans sa manière d'entrer en contact avec les autres, en particulier avec deux adolescents, se livrant à des attitudes d'étranglement, de coup de pieds, de gestes simulant l'égorgement ou encore de jeux autour des noms et des prénoms (Aurore : horreur, Wally : walligatore, Lydia : tête de pioche, stagiaire psychologue : petits pieds). Il a pu également exprimer sa colère par des actes auto-agressifs en se tapant la tête contre les murs ou en se donnant des coups de poings et de pieds.

Dans ses relations à l'adulte, nous avons également pu observer quelques troubles oppositionnels à expression caractérisée. Yann n'écoutait pas toujours les limites et ne comprenait parfois pas pourquoi il devait s'excuser ou se faisait gronder prétextant que d'autres faisaient la même chose.

Cependant, nous avons pu noter une attitude correcte et polie envers les intervenants et autres jeunes présents lors de la sortie équitacion avec respect des règles.

Le retrait de Yann sur le plan social fut perceptible dans l'atelier de part sa position dos à tout le monde et a semblé souvent coupé de son environnement au sein du pavillon, passant beaucoup de temps absorbé dans son monde imaginaire et isolé dans ses monologues.

Mais si nous y regardons de plus près, Yann entre parfois en relation, certes de façon maladroite, en serrant fort certaines filles ou par des attitudes de provocation d'autres jeunes mais il initie néanmoins le contact.

Il a pu ainsi se montrer câlin et affectueux en enlaçant les filles, en particulier une adolescente ne disposant pas du langage et ne manifestant pas de stéréotypies apparentes et lui administrer des démonstrations de tendresse en lui touchant les cheveux ou faisant des bisous sans se préoccuper de sa volonté.

Yann a été également très observateur et attentif aux mouvements de chaque jeune (un tel est parti dans la cuisine, dans le jardin...), à leur particularités et il a semblé en jouer, repérant leur zones de faiblesses, leur failles, de même qu'il a pu le faire avec nous. Il a été également à plusieurs reprises sensible et réceptif aux bruits et à l'ambiance du groupe en posant des questions sur les personnes, où étaient les autres.

Nous avons aussi noté que Yann a besoin d'un environnement ritualisé avec des horaires et un planning respecté, la même place assise à table, un véhicule et un chauffeur identique lorsqu'il rentre chez lui le week-end.

Sur un autre versant, il a exprimé sa peine en début de semaine d'être séparé de sa maman ou encore des manifestations d'angoisse lorsque celle-ci a omis de l'appeler et il a semblé ravi de lui parler tous les soirs au téléphone.

Au regard de nos observations, nous sommes tiraillée entre des capacités qui fonctionnent et des aspects relationnels plus complexes. Pourtant, des moments singuliers nous prouvent que Yann peut entrer en communication ce qui nous permet de penser que la relation ne demeure pas toujours et seulement en défaut.

3. HYPOTHESES ET INTERPRETATIONS PSYCHODYNAMIQUES

Nous allons nous interroger et émettre des hypothèses et des interprétations concernant la façon dont Yann investit le monde qui l'entoure et lui-même en transformant les données comportementales en faits psychologiques.

Les références psychanalytiques gardent leur pertinence car elles nous aident à comprendre Yann et à entendre ses comportements et ses actions comme des tentatives de mise en représentation.

3.1 Relations à l'autre

Nous allons nous questionner sur la relation que Yann pourrait entretenir avec l'objet primordial et sur les répercussions éventuelles et hypothétiques de ce mode de rapport à l'objet sur son comportement social et relationnel avec autrui.

3.1.1 Relation à l'objet primordial

Les comportements affectueux auxquels la mère de Yann fait référence dans le dossier ainsi que les communications téléphoniques hebdomadaires pourraient refléter une difficulté de séparation et un contact assez primaire à l'objet maternel comme une manière d'être en relation avec la source de satisfaction.

Ce rapport pourrait faire écho avec les démonstrations de tendresse que Yann manifeste envers les filles (serre fort, fais des bisous et des câlins) bien que cette attirance affective ne semble pas pour autant être sexualisée. Il demeure pour autant une recherche maladroite de la relation par intrusion.

Ces dimensions de marques d'affection contrastent avec une violence presque compulsive dans un mouvement répétitif et persécuteur envers deux adolescents en particulier qui pourrait lui être vitale pour entrer en contact avec autrui. Ce comportement provoque inévitablement la violence physique de certains en retour.

Ce mode de relation : « je te cherche, tu me tapes et je recommence » nous amène à nous demander si Yann pourrait être attiré par la violence de l'autre ou encore si l'autre ne serait pas une zone vulnérable qui pousserait Yann à repérer les zones de douleur et de souffrance pour entrer en relation.

En effet, celui-ci semble avoir le désir d'entrer en relation avec les autres sur le versant des failles en poussant l'autre dans ces retranchements par des attitudes de harcèlement envers certains de ses camarades. Par exemple, avec Marie-Hélène, il provoque le contact physique par des bisous ce qu'elle ne supporte pas ; avec Thibault, le plus jeune du groupe, c'est par le corps ou l'utilisation des mots « papa, maman » et pour d'autres, cela passe par des déformations des prénoms (Aurore : horreur, Wally : walligator...). Ces attitudes donnent d'ailleurs l'impression d'actes contrôlés et calculés.

D'autre part, ses comportements d'exploration insistant dans le bureau de la psychologue sans mise à distanciation de son propriétaire pourraient être une façon d'explorer l'autre.

Nous pourrions faire l'hypothèse que cette agressivité est déplacée de la mère à autrui du fait d'une impossibilité de s'exprimer sur une mère bonne et parfaite ce qui pourrait être une manière de se dégager de l'emprise maternelle par une décharge perverse mais jamais en face à face.

3.1.2 Relations sociales

Au regard des précédentes observations, nous pouvons alors penser que Yann est dans l'impossibilité d'évoquer ou de se représenter les relations humaines, qui plus est, les liens familiaux.

Pour autant, nous avons pu observer son aptitude à respecter des règles par exemple en réunion institutionnelle pavillonnaire ou encore lors d'une sortie, ce qui nous montre que Yann est capable de gérer certaines situations sociales.

Lors d'un groupe thérapeutique, il s'est montré en capacité d'entrer dans le champ de la pragmatique langagière en respectant les règles du tour de parole et celle de l'association lorsqu'il a évoqué le fait d'avoir été puni et d'être désolé et triste.

A force de l'observer attentivement, nous nous apercevons qu'il reprend ses stéréotypies dans des circonstances données et qu'il se coupe encore un peu plus de la communication à certains moments significatifs.

En effet, le retrait sur le plan social dont Yann témoigne en s'isolant ou ses manifestations d'angoisse paraissent d'autant plus marquées lorsqu'il y a du bruit et de l'agitation au sein du groupe ce qui pourrait le pousser à se soustraire et à s'isoler dans sa chambre ou au bac à sable.

Les théories cognitivistes insistent sur les difficultés spécifiques de l'autiste à comprendre le monde qui l'entoure. Il ne parviendrait pas à ordonner et à circonscrire l'afflux d'informations sensorielles. Le repli, la fuite du regard et l'agitation seraient autant de défenses face à cet excès de stimulation.

Nous pouvons aussi nous questionner sur son recours à l'imaginaire à travers les dialogues de dessins animés ou de bandes dessinées. Centrer ses intérêts de manière quasi obsessionnelle sur des personnages serait peut-être une façon de fuir les relations humaines et se réfugier dans ce monde virtuel pourrait témoigner de ses difficultés à être en relation avec autrui.

Par ailleurs, au cours de nos recherches bibliographiques, nous avons pu entrevoir la nécessité d'être prudent dans la communication en ne s'illusionnant ni sur un excès de toute compréhension de la part des autistes, ni sur une incompréhension.

A travers le comportement de Yann, nous avons pu remarquer qu'il pouvait se montrer à certains moments insensible au discours autour de lui et que, brusquement, un détail de sa conduite nous prouve qu'il a saisi ce que nous disions. En effet, Yann semble souvent indifférent et imperméable à ce qui l'entoure mais d'autres attitudes témoignent du fait qu'il se rend compte de ce qu'il se passe autour et que rien ne lui échappe.

Sa présence directe et remarquée par les autres dans la relation et dans la vie du groupe pourrait peut-être le menacer d'un haut risque d'intrusion.

3.2 Investissement de soi-même

Nous allons questionner le rapport à l'identité ainsi que proposer des hypothèses et des interprétations concernant la subjectivisation, la distinction du dedans et du dehors et les manifestations d'angoisses et de ritualisation de certains comportements que Yann présente.

3.2.1 Subjectivité et individualité

L'agression verbale mettant en cause le patronyme atteint ses interlocuteurs d'un point de vue identitaire mais Yann opère de façon identique avec son propre nom. En effet, il dit s'appeler Yann « Bouvé » et nous avons pu noter, au cours de nos évaluations, que sa réaction lorsque l'on prononce son nom est fluctuante

De plus, le fait que lorsque nous lui posons une question, il réponde en général par l'intermédiaire d'un personnage fictif pourrait aussi signifier ses difficultés à exister en tant que sujet différencié.

En revanche, il s'avère que lorsque les adultes ou d'autres adolescents l'appellent Yann « Bouvé », il rectifie par l'emploi de son propre nom.

Des événements survenus en groupe de parole nous conduisent à penser que Yann peut assumer une position subjective. Lors d'une séance, nous avons fait entendre à Yann que celui-ci faisait mal aux autres en déformant leurs prénoms, et en particulier à Wally qui était lui-même présent. Il a répondu : « je m'excuse de t'avoir fait mal, je suis coupable, pardon » et a montré sa capacité à exprimer : « les autres m'énervent et j'énervé les autres » malgré une difficulté extrême de le contenir durant cette séance.

Il a également pu, lors des groupes suivants, faire référence à des sentiments propres : « j'ai peur », « je ne suis pas bien sans mes livres » ce qui montre que Yann peut exprimer ses émotions et ressentis.

Par ailleurs, Yann manifeste des attitudes de toute puissance notamment lorsqu'il se trouve face à une situation de frustration ou de changement ce qui donne lieu à des comportements auto et hétéro-agressifs. Ces comportements pourraient témoigner d'une certaine anxiété, voir d'angoisse massive devant l'adversité. En effet, l'imposition d'interdits donne lieu à des conduites d'autopunition qui pourraient également attester d'une situation de non séparation et d'une absence d'espace propre.

Cependant, nous pouvons aussi faire l'hypothèse que le sentiment d'individualité et d'individualisation interviendrait à travers l'opposition aux limites posées. En effet, Yann est mobilisé sur l'opposition, le « non », premier mot permettant à l'enfant de se positionner et première expression verbale d'affirmation de soi. En disant « non » et en s'opposant, il s'affirme, est au centre mais pas dans la relation aux autres mais bien à lui-même et à la toute puissance de ses désirs.

Enfin, le fait que Yann s'identifie à Wally (« il fait la même chose ») pour s'autoriser d'utiliser de la violence témoigne d'une étape avancée mentalement de l'ordre de l'imagination projective à l'œuvre dans le processus adolescent. En effet, ce serait une façon d'adopter une personnalité d'emprunt pour pallier à son handicap de communication et ainsi entrer en relation par la violence, l'expérimentation agressive.

3.2.2 Différenciation intérieur-extérieur

La maman de Yann souhaiterait que les professionnels le contiennent afin qu'il ne joue plus avec le sable et pense que le trop peu d'activités mises en place le pousserait à s'ennuyer et à se retrancher dans son autisme et ses stéréotypes.

Yann offre en effet des symptômes et une zone autistique type : zone sensorielle investie qui prend un enjeu existentiel par des manipulations excessives, constantes et répétées de l'eau et du sable dans un mouvement de transvasement où l'autre n'existe pas. Nous ferons l'hypothèse que ces conduites ont une fonction et que peut-être Yann existe à travers cela.

Nous pouvons nous demander si ces managements lui provoquent effectivement des sensations d'« autosensorialité » intenses au niveau visuel et tactile (éprouvés corporels) ou bien si nous pourrions assimiler ces comportements à du jeu.

Toujours est-il que nous pourrions également interroger les concepts de contenu et de contenant comme représentant l'image du corps et la distinction du dedans et du dehors.

3.2.3 Angoisse et ritualisation

Au cours de nos observations, nous avons pu entrevoir que Yann supporte difficilement l'imprévu et qu'un environnement ritualisé lui est d'une importance capitale.

En effet, il peut se montrer angoissé lorsqu'un véhicule ne démarre pas exprimant bruyamment la crainte de ne pas revoir ses parents. En groupe de parole, nous avons besoin de lui rappeler les personnes absentes et les raisons.

Nous pouvons émettre l'hypothèse que Yann met en place un certain nombre d'éléments défensifs de l'ordre de la recherche d'immuabilité contre ses angoisses, à l'œuvre chez de nombreux autistes.

Nous pourrions également nous demander si les troubles du comportement que Yann peut manifester comme une agressivité envers d'autres adolescents seraient à restituer tels une incompréhension face à certaines de leurs conduites inhabituelles, insupportables pour lui dans le sens où ils ne sont pas dans l'ordre des choses (rigidité psychologique et immuabilité).

Sur un autre registre, nous pourrions nous questionner sur ce que Yann fait entendre à travers la répétition constante de certains mots et de ses bruitages. Serait-ce une sensation qui le remplit? Dans quelle mesure aurait-t-il conscience de la gêne que ses comportements peuvent provoquer chez les autres ou serait-ce une forme d'agressivité à leur égard? Serait-ce enfin un moyen de se protéger contre des angoisses envahissantes? Autant de questions qui resteront à l'état hypothétique.

Enfin, Yann a pu laisser paraître une angoisse massive lors d'un groupe de parole lorsqu'il a évoqué l'épisode d'avoir été privé de ses livres du fait de n'avoir pas respecté certaines règles. Ce jour-là, il n'a pas manifesté de stéréotypies et a pu s'exprimer par des mots : « j'ai peur de ne plus avoir mes livres...je serai gentil...je ne suis pas bien sans mes livres ». Il a su ainsi transmettre la nécessité pour lui

d'être en possession de ses objets et le fait de se sentir démuné en le formulant de manière adéquate par des paroles et non par des actes.

Pour autant, il nous faut noter que toutes ces manifestations décrites ne sont pas des comportements spécifiquement et exclusivement autistiques mais que bien au contraire, nous pouvons entrevoir ces expressions du côté du vivant et d'un positionnement en tant qu'individu.

Toutes ces hypothèses et interprétations réalisées à l'appui de nos observations cliniques venant compléter l'évaluation AAPEP peuvent être prise en compte dans un projet thérapeutique mais également dans la manière d'aborder avec Yann les aspects éducatifs.

4. PERSPECTIVES D'ACTION : PROJET DE SOIN ET D'EDUCATION

Le projet vise, en référence à l'échelle d'évaluation AAPEP et comme nous l'avons précisé dans notre développement théorique antérieur, à développer l'autonomie de l'adolescent, ses capacités de communication, ses performances cognitives, etc.

L'évaluation du langage, de la motricité, des explorations fonctionnelles sont autant d'éléments qui peuvent éclairer et préciser le travail à entreprendre avec Yann en ciblant les objectifs prioritaires au niveau éducatif et pédagogique mais l'observation clinique transversale permet également d'avoir une vue unifiée et holistique de part nos interprétations psychodynamiques devant être elles aussi prise en compte dans le projet.

En effet, Peeters (1996) préconisait une intégration professionnelle et résidentielle mais nous nous rendons compte que Yann n'a pas vraiment de difficultés sur le plan des compétences professionnelles ou pavillonnaires mais ce sont bien l'affectivité et les relations sociales qui peuvent venir entraver son comportement.

Il est alors nécessaire de prendre en compte ces données en complément notamment sur le plan social, affectif et relationnel afin de fournir des propositions de projet individualisé.

4.1 Compétences professionnelles

Si l'on se place dans l'optique que Yann puisse intégrer un apprentissage, nous pouvons noter qu'il dispose d'un bon nombre de compétences professionnelles et qu'il pourrait être adapté pour un travail posté et ritualisé.

Dans la vie quotidienne, sa participation occasionnelle aux tâches montre qu'il a les compétences mais qu'il ne prend que rarement des initiatives.

Il y aurait alors nécessité de le solliciter, et ce même s'il refuse, ce qui pourrait en même temps contribuer à le faire vivre en tant qu'individu.

4.2 Fonctionnement indépendant

En réponse à son anxiété par rapport aux changements, nous pourrions proposer de rassurer Yann verbalement et visuellement sur les plannings, de faciliter les temps de transitions et de lui permettre d'anticiper en rythmant le temps et les repères pour ainsi lui éviter le stress de l'inconnu.

En se référant au modèle TEACCH, un moyen de clarifier l'environnement et de le rendre significatif passerait peut-être par la visualisation à travers des images ou des photos indiquant les jours de travail, d'activités, de repos (couleurs avec les jours de la semaine, pendule avec heure d'arrivée et de départ, pictogramme) ce qui lui permettrait par ailleurs un apprentissage de l'heure et de la notion du temps.

Il pourrait être également essentiel d'anticiper en verbalisant un maximum d'explication que Yann est en mesure d'entendre et de comprendre pour éviter des manifestations d'angoisse.

La prévisibilité pourrait ainsi offrir à Yann un espace contenant et cohérent.

4.3 Activités de loisirs

Le but du projet dans ce domaine serait de développer les activités collectives mobilisatrices (jeux de sociétés ou activités sportives) pour favoriser un partage autour des activités et une entrée en relation avec les autres.

Une proposition d'essai de judo paraît également envisageable dans ce sens.

Par ailleurs, nous avons pu constater que Yann présente un intérêt prononcé et quasi obsessionnel pour les bandes dessinées et les dessins animés mais également qu'il a des capacités en dessin.

Nous pourrions alors exploiter de telles capacités en vue d'activités ou dans une perspective thérapeutique autour du jeu en travaillant sur des aspects artistiques (théâtre, dessins, confection de marionnettes et de personnages) et nous en servir comme support à d'éventuelles expressions d'états émotionnels.

De même, nous proposerions l'idée d'un atelier livre où Yann pourrait retransmettre aux autres les histoires pour ainsi favoriser l'aspect relationnel et communicatif.

4.4 Comportement professionnel

Il serait intéressant d'aider Yann à la concentration et à travailler dans le silence peut-être en tenant compte de sa sensibilité à la valorisation et à l'échec.

De plus, l'aménagement de conditions de travail adapté à ses difficultés en ritualisant les tâches et en insistant sur le respect des autres et de leurs activités paraîtrait nécessaire.

Nous pouvons également axer le projet sur un travail individuel tenant compte du fait que Yann obtient de meilleurs résultats en situation duelle étayante.

4.5 Communication fonctionnelle

La principale difficulté de Yann dans la communication se situe dans la formulation de demandes bien qu'il puisse en faire part lorsqu'il souhaite transmettre un besoin. Pour autant, nous ne devons pas en rester à la dimension fonctionnelle du langage.

Il pourrait être intéressant de repérer les interactions afin de mettre en mots sa façon de réagir, d'en dire quelque chose. L'objectif serait alors de favoriser l'expression verbale de ses états émotionnels.

Nous pourrions dans ce sens accompagner Yann dans l'expression d'une possible souffrance liée à la séparation en l'incitant à verbaliser son ressenti afin d'élaborer le manque et entrer davantage dans le champ de la symbolisation.

4.6 Relations interpersonnelles

Dans la prise en charge de Yann, il est nécessaire de garder à l'esprit l'angoisse importante occasionnée par les contacts et les échanges de la vie du groupe.

Au regard de ses difficultés, l'intérêt serait de travailler autour de sa position de sujet. Son opposition ou son affectivité non modérée sont des éléments nous permettant de penser à une évolution dans ce domaine même si cela passe par des comportements encore excessifs et peu adaptés. Nous pourrions alors envisager une façon de transformer cette relation en quelque chose de construit et de mettre en mot ses comportements.

Il serait alors nécessaire de favoriser une ouverture relationnelle et son inscription dans le groupe en travaillant par exemple la relation de partage afin de diminuer les comportements de toute puissance et d'opposition.

Peut-être pouvons nous également envisager un éducateur référent homme représentant symboliquement la loi et le cadre considérant le fait qu'une présence masculine parait le contenir davantage.

CHAPITRE V : THEORIE ET PRATIQUE- QUELQUES CONSIDERATIONS ET NON UNE CONCLUSION

Dans ce chapitre, nous proposerons un aller-retour entre des données théoriques, notre problématique, notre méthodologie et nos résultats issues de nos observations afin de questionner notre travail, de nuancer et de revenir sur certains aspects spécifiques nourrissant nos interrogations et notre intérêt critique.

1. ASPECTS CENTRAUX DE NOTRE PROBLEMATIQUE

Nous allons rejoindre plusieurs points de notre travail étant susceptibles d'interroger notre problématique concernant l'articulation entre les aspects thérapeutiques et éducatifs dans la contribution à un projet de soin, l'aspect subjectif d'une évaluation et des observations, l'intérêt et les limites de l'évaluation AAPEP ainsi que la conjonction entre des approches interprétatives psychodynamique et l'utilisation d'une échelle d'évaluation d'inspiration théorique cognitivo-comportementale.

1.1 Education, thérapeutique et projets

L'éducation et le projet de soin n'ont ni le pouvoir, ni la mission de combler tous les déficits, mais ils peuvent largement contribuer à améliorer les interactions émotionnelles et sociales, la communication, les relations interpersonnelles, l'autonomie au sein du groupe qui sont l'essence même de la vie en collectivité.

Cependant, il n'y a pas de « recettes ». Nous pouvons seulement trouver un ensemble de « pistes » pour aider un jeune à se sentir mieux et à le faire progresser.

D'autre part, la psychothérapie n'est pas dissociable de l'éducation. Il entre de l'éducation dans toute démarche psychothérapeutique avec un autiste.

En effet, celui-ci apprend durant les séances d'entretien à nommer les affects qui le traversent et à donner sens à des mouvements psychiques qu'il peut ensuite relier et organiser entre eux.

En même temps, il découvre ce qui sépare l'intérieur de l'extérieur, sa vie psychique de sa vie physique et peut commencer à appréhender l'existence d'une vie psychique de ses interlocuteurs.

Les apprentissages, les exigences de la vie quotidienne (pavillon, école, formation) lui fournissent des cadres contenant lui permettant de discipliner l'anarchie de ses pulsions. De surcroît, la pédagogie procure aussi des objets mentaux qu'il peut être en mesure d'investir.

Psychothérapie et éducation forment alors les deux faces d'un processus maturant et il est alors nécessaire de concilier ces deux aspects dans une perspective de soin.

En effet, il nous est difficile de concevoir des objectifs qui seraient purement thérapeutiques ne prenant pas en compte la nécessité pour tout individu de se développer et d'acquérir une autonomie.

C'est pourquoi il est par ailleurs intéressant d'envisager les changements de priorités dans les projets à l'adolescence, sans abandonner les approches d'ordre thérapeutiques et éducatives, afin d'appuyer également la formation professionnelle et la mise à l'épreuve des capacités d'autonomie sociale ce que propose l'évaluation AAPEP.

1.2 Evaluation, dynamique relationnelle et subjectivité

En exposant les limites de l'évaluation, Tordjman (2002) mentionnait la subjectivité de l'évaluateur.

Plutôt que de décrier la subjectivité, plutôt que de se revendiquer d'une vérité scientifique passant par des évaluations objectives, peut être peut-on souligner l'intérêt de certains aspects de la subjectivité, celle-ci s'inscrivant dans une dynamique relationnelle. Elle est alors source de richesse en permettant, si elle est prise en compte et analysée, de mieux comprendre le sens des comportements observés.

Ainsi, il est possible de relever chez Yann des fluctuations dans ses conduites auto et hétéro-agressives en fonction de l'environnement et des personnes. Lors des évaluations, nous avons en effet pu observer chez l'adolescent des modifications comportementales et relationnelles en fonction de l'environnement, des personnes présentes ou de son état. Ces fluctuations sont essentielles à l'établissement du projet thérapeutique car elles nous renvoient aux capacités d'émergences de Yann, à son humanité et non à son immuabilité.

Ces alternances sont intéressantes à étudier lors des évaluations puisqu'elles peuvent aussi rendre compte que, dans l'agression, il existe deux personnes et deux psychés : la représentation que l'autre a de la conduite d'agression est tout aussi essentielle que l'expression de ce comportement par la personne autiste. Nous sommes bien là dans une dynamique relationnelle où deux sujets interagissent l'un par rapport à l'autre, avec tout ce que cela comporte de subjectivité. Cette réflexion a amené Haag, Tordjman et coll. (1995) et Bick (Lacroix et Monmayrant, 1995) à élaborer des échelles où le vécu de l'observateur serait pris en considération.

L'importance de l'étude des fluctuations observées dans les évaluations avait été également soulignée par Bullinger (1993). Selon lui, celles-ci sont essentielles car elles nous racontent l'histoire de l'individu.

Le rythme même de la passation (ralentissement, accélération) constitue également une partie dynamique qui est un support privilégié pour la constitution du projet de soin.

Enfin, il est essentiel de garder à l'esprit que l'évaluation des troubles autistiques au moyen d'une échelle constitue avant tout une rencontre humaine et la prise en compte de l'intersubjectivité est alors essentielle.

Sur le plan pratique, l'aménagement des conditions de passation, la souplesse des consignes allant jusqu'à une modification légère de leur formulation réduisent considérablement le nombre d'autistes déclarés instables.

1.3 Articulation entre échelle d'évaluation et observations

Nous avons pu considérer, à travers l'analyse et l'interprétation des résultats issus de nos échelles d'évaluation et de nos observations, que celles-ci pouvaient constituer des instruments de travail tout à fait pertinents et intéressants dans une optique de prise en charge lorsque leurs résultats sont intégrés à une analyse clinique.

L'échelle d'évaluation AAPEP est appropriée pour l'évaluation de certains aspects comportementaux mais avec une pathologie telle que l'autisme, l'observation paraît nécessaire afin de saisir plus précisément les déterminants ayant engendrés des résultats aux items qui, parfois, peuvent interroger.

Cette échelle constitue un outil de travail apportant certains repères essentiels mais dont les interprétations dépendent de notre réflexion en donnant sens aux symptômes et comportements cotés par l'échelle.

En effet, l'AAPEP est insuffisante pour rendre compte à elle seule de la pathologie autistique et ne permet pas de faire l'économie d'une analyse psychodynamique.

Cette articulation permet alors un autre regard sur l'adolescent et oriente notre façon de nous adresser à lui avec la mise en place de propositions concrètes d'éducation et de soutien.

1.4 Double perspective psychodynamique et cognitivo-comportementaliste

Nous avons pu relever le fait que nous pouvions réduire les oppositions entre les perspectives psychanalytiques et le souci de l'éducation des autistes et concilier ces approches abordant l'autisme

d'une part, en terme de fonctionnement mental et d'autre part, en référence à des compétences et des performances.

Nous nous sommes en effet appuyé sur des procédures d'évaluations comportementales et des applications cognitivistes mais ce en gardant présent à l'esprit l'extrême nécessité éthique de considérer Yann comme sujet.

C'est pourquoi il nous est par la même apparu indispensable de donner sens aux comportements observés par l'intermédiaire d'hypothèses et en recontextualisant nos observations en tenant de la singularité du sujet et non seulement par la restitution purement objectivante des aspects comportementaux.

Ainsi, nous pouvons retenir la nécessité de reconnaître l'adolescent dans sa réalité et de l'encourager dans son évolution.

Nous pouvons en effet, d'un point de vu comportemental, conditionner les autistes à faire mécaniquement un certain nombre de gestes de la vie sociale mais ils n'en seront pas moins autistes pour autant. Ils n'auront fait qu'ajouter à leur « coquille autistique » des gestes virtuels sans signification pour eux. En effet, lorsque Yann dit « merci », il n'est pas toujours en capacité de redire ce mot au bon moment et à bon escient.

Pour autant, lorsqu'il lui a été confisqué les livres d'un point de vue éducatif un peu comme une punition, Yann s'est montré capable d'exprimer ce fait en groupe thérapeutique dans lequel il est question d'interdit et de loi.

De même, exiger d'un autiste qu'il affirme ses désirs, qu'il soit autonome dans ses initiatives, qu'il comprenne le sens social des interactions, c'est tout simplement exiger de lui qu'il ne soit plus autiste. C'est un désir que l'on peut comprendre, mais c'est aussi une impossibilité avec laquelle il faut travailler. Aussi, nous pouvons nous demander si nous ne les « forçons » pas et jusqu'où nous devons pousser nos exigences.

2. DISCUSSION DE NOTRE TRAVAIL ET PESPECTIVES

Nous pouvons exercer un regard critique sur notre étude en revenant sur certains aspects méthodologiques spécifiques mais également en nous positionnant concernant ses répercutions externes.

2.1 Validité interne

Nous pouvons nous questionner sur la méthodologie à cas unique employée qui implique certaines considérations discutables et qui méritent d'être soulevées.

D'autres points peuvent venir interroger la validité interne de notre étude tels l'aspect subjectif de toute recherche nécessitant d'être pris en compte, l'absence d'éléments sur les parents de Yann et son histoire de vie ou encore la présence de plusieurs évaluateurs.

2.1.1 « Pulsion de savoir » et tentative d'objectivation

A travers notre étude, nous avons tenté de mettre en œuvre des éléments de compréhension concernant un adolescent mais il est pourtant nécessaire de lutter contre la tendance à vouloir comprendre intégralement.

La tentative de compréhension a pu être entre autre motivée par l'énigme, le vide, le trou que l'autiste nous renvoie et auquel nous voudrions élaborer un sens afin de minorer cette angoisse. C'est ce que Tustin (1977) exprime à propos de l'autisme: « *La folie fait peur tant qu'on y comprend rien [...]. C'est de ne rien y comprendre qui fait le plus peur* ».

L'intérêt est alors de se laisser pénétrer par des messages que nous ne comprenons pas ce que Bion (in Lacroix et Monmayrant, 1995) appelle la « capacité négative », celle de tolérer de ne pas comprendre, de supporter le non-sens de certains comportements autistiques. Ceci introduit une distinction essentielle entre le sens construit de l'extérieur, plaqué sur du matériel qui peut relever d'une fonction défensive et le sens qui advient de l'intérieur, à notre insu en nous laissant pénétrer sans tri préalable par ce qui nous est communiqué. En effet, l'incompréhension et l'aspect désaffectivé de Yann peut rapidement nous conduire au risque d'une simple description.

Ainsi, nous ne pouvons détenir les éléments de vérité sur le sujet et nous ne pouvons penser qu'en terme d'hypothèses et d'interprétations.

Pour autant, l'aspect synthétique et reconstruit de cette évaluation résumant nos observations sur différents plans, les compétences, émergences et les perspectives d'action pouvant être mis en place pour l'adolescent risque par la même d'entretenir l'illusion d'une vérité sur le sujet que l'on aurait totalement objectivé. Le danger est alors de faire disparaître le sujet dans une abstraction derrière cette construction théorique puisque l'écrit, tout en illustrant une situation clinique, met en scène.

2.1.2 Subjectivité et implication du chercheur et de l'observation

En observant, nous prenons en considération un système global et l'intersubjectivité puisque nous n'observons pas seulement quelque chose d'extérieur à nous et que nous participons physiquement et émotionnellement à la situation.

Afin de tendre vers l'objectivité, nous aurions été tenté de nous affranchir de toute interférence psychique mais nous n'avons pu recueillir nos données que par l'intermédiaire de notre propre psychisme et nous les avons explicité à travers une certaine forme d'interprétation.

Notre propre subjectivité est alors interrogée par la problématique de l'autre. De même, le choix d'un sujet d'étude et du patient sont, de près ou de loin, influencés par ce que ceux-ci sont susceptibles d'induire chez nous ce qui n'est pas sans conséquences sur la recherche.

Toute observation est contaminée par nos ressentis de la situation, nos attentes, nos références et notre cadre conceptuel et le risque est alors de se laisser submerger par ce que nous observons, les aspects transférentiels et l'effet de l'évaluation étant difficiles à appréhender chez un sujet paraissant « hors relation ».

Par rapport au titre de notre travail, nous pouvons étrangement nous demander si nous n'apprenons pas autant sur nous même et sur notre capacité à recevoir et à comprendre que sur le sujet.

En effet, nous nous sommes interrogée sur nos défenses et l'impact émotionnel qu'ont provoqué en nous ces différentes rencontres ; celles-ci ont pu être de l'ordre de l'oubli, de difficultés à rédiger le compte rendu en ne laissant pas transparaître notre propre implication et en faisant appel en quelque sorte à une « décoloration émotionnelle ».

Par ailleurs, au cours des évaluations et des entretiens, il y a une dynamique relationnelle qui se crée, quelque chose de spécifique qui se met en place.

Selon Revault d'Allones (1989), « *l'étude de cas est, en quelque sorte, une histoire dévoilée et reconstruite dans une relation à deux* ».

D'autres part, nous ne pouvons intégralement retransmettre la réalité des situations et nous faisons appel à notre mémoire sélective ce qui peut venir questionner un aspect quelque peu réducteur et la pertinence d'une telle reconstruction.

En effet, notre prise de notes s'est réalisée à posteriori. Nous avons dans un premier temps fait la distinction entre les aspects formels de l'observation et l'analyse de nos propres ressentis afin de tenter de faire la part de ce qui nous incombait dans ces situations pour tendre vers l'objectivité. Nous nous sommes par la suite réinterrogé pour aboutir à combiner ces deux aspects indissociables dans la restitution de nos observations considérant le fait que nous faisons partie intégrante de la situation.

Ceci suppose que nous avons fait appel à nos souvenirs et ressentis ressurgissant significativement ou non et que nous n'avons pas retranscrit l'intégralité.

La sélection d'informations pertinentes implique qu'il n'y a pas d'observation naïve. Toute observation est une construction et l'énoncé d'une observation est déjà en partie une interprétation. C'est pourquoi nous avons pris partie de traiter la présentation des résultats, l'analyse et l'interprétation dans un même ensemble quelque peu confondu.

L'observation clinique sélectionne certains éléments de la réalité au détriment d'autres informations et pour des motifs échappant à la conscience (sous l'effet du contre-transfert par exemple) ce qui conditionne, préstructure en partie le matériel observé de part son organisation mais aussi de par ses présupposés théoriques.

Enfin, l'étude de cas, même dans une perspective holiste, implique une réduction de l'expérience vécue entre le chercheur clinicien et le sujet.

2.1.3 Rencontre des parents et aspects éthiques et déontologiques

La collaboration avec les parents aurait été intéressante considérant le fait que l'autiste n'a pas encore séparé la réalité du fantasme, la présentation de la représentation. Il aurait alors été préférable que je puisse rencontrer les parents de Yann dans un cadre formel et ce en sa présence tenant compte de ce fait mais également afin de disposer d'éléments complémentaires. D'autant plus que nous n'avons eu que très peu d'information sur l'histoire de vie de l'adolescent dans son dossier.

Au sein de cette institution, les parents sont un peu tenus à l'écart ce qui peut amener à s'interroger sur la façon de procéder avec les familles autour des zones sensibles et instaurer la communication dans le sens d'une meilleure compréhension de chaque adolescent. En effet, les professionnels travaillent en équipe pour mieux appréhender les adolescents et tenter de supporter les ravages de l'autisme tandis que les parents sont plus isolés.

D'autre part, notre code de déontologie nous précise que toute recherche doit se soutenir du « consentement libre et éclairé » des sujets quant à leur participation à l'étude.

En ce qui concerne Yann, nous avons pu lui préciser la visée de notre travail dans le cadre de son projet mais également dans l'optique de notre recherche et nous avons obtenu son accord. Cependant, si nous tenons compte de la pathologie autistique, nous sommes en mesure de nous questionner sur la validité et la considération que nous portons à son acquiescement.

De plus, en considérant que Yann n'a pas encore atteint la majorité, nous aurions dû obtenir l'accord des parents en préalable à l'évaluation mais nous ne les avons informé qu'une fois le travail effectué.

Toujours est-il que l'évaluation garde un intérêt pour le projet de Yann et les perspectives éducatives et thérapeutiques à mettre en place dans le cadre d'un projet de soin.

2.1.4 Evaluation plurielle de différents professionnels

La question serait de se demander si les évaluateurs doivent ou non faire partie de l'équipe soignante. C'est une question importante qui nécessite d'être débattue et dont les réponses pourraient aussi différer selon que les échelles d'évaluation sont à visée de diagnostic ou de suivi.

Les psychologues n'ont de contacts avec l'adolescent que discontinus et participent peu aux détails de la vie quotidienne qu'ils ne connaissent qu'à travers les discours des professionnels qui partagent des difficultés identiques dans l'intimité des espaces de l'éducation.

Dans notre étude, nous avons pris parti d'intégrer d'autres professionnels à l'évaluation pour les échelles au pavillon et à l'atelier. En effet, l'AAPEP se définissant comme une échelle psycho-éducative, la présence de l'éducateur et des moniteurs d'atelier dans l'évaluation nous a également paru nécessaire afin de repérer et de décrire les compétences de l'adolescent dans des situations éducatives et de travail variées, structurées ou libres et de prendre part au projet mis en place.

Une communication et un échange s'avèrent alors fondamental entre les différents partenaires autour de l'évaluation, celle-ci ne pouvant alors être seulement qualifiée de « clinique ».

2.1.5 Triangulation des données

Afin de garantir les résultats de notre recherche et de se soumettre à la méthodologie que préconise l'AAPEP, nous avons fait appel à une multi-triangulation des données de part tout d'abord l'utilisation de différents espaces de recueils à savoir dans le bureau de la psychologue, au sein du pavillon et de l'atelier, en groupe thérapeutique et en sortie. La variation des conditions et des temps d'évaluation et d'observation nous a d'ailleurs conduit à des observations différentes en fonction des lieux.

Nous avons également privilégié la présence de plusieurs observateurs au cours des évaluations (psychologues, éducateurs et moniteurs d'atelier) ce qui a permis d'obtenir des remarques variées et d'échanger en gardant présent à l'esprit que la subjectivité de chacun est engagée.

Enfin, l'utilisation et la conjonction de méthodologies d'investigation différentes, à savoir l'évaluation standardisée des comportements d'une part et l'observation et les interprétations cliniques d'autre part nous ont permis un recueil et un traitement de données plus diversifié et de réduire les faiblesses de l'une par compensation des forces de l'autre.

Nous avons pu ainsi éviter de partir de l'impressionnisme clinique en utilisant une grille d'évaluation se présentant comme objectivante pour ensuite compenser l'aspect lacunaire et très comportemental du test afin de donner un sens aux comportements observés et aux aspects complémentaires de nos observations.

2.2 Validité externe

Nous pouvons revenir sur cette dernière considération nous permettant d'aborder les effets périphériques de notre étude et ses répercussions au sein d'une équipe de professionnels mais également dans le cadre de la prise en charge de l'adolescent.

Par ailleurs, nous réfléchissons à des perspectives permettant à la fois de poursuivre le travail auprès de Yann et de faire avancer notre recherche.

2.2.1 Travail d'échange pluridisciplinaire

Au sein de l'institution, nous avons perçu l'intérêt de faire partager aux différents professionnels nos résultats afin que ceux-ci puissent s'approprier nos observations dans leur pratique mais la réciprocité est nécessaire puisque leurs apports nous sont tout aussi indispensables.

L'intérêt est alors de se positionner de façon homogène sur une stratégie commune avec l'importance que les adolescents perçoivent ce lien et ainsi minorer le clivage. Ce travail a en effet permis un réel travail d'échange entre les équipes.

Les différentes références théoriques nous ont aussi conduit à réfléchir au sens de nos attitudes vis-à-vis de Yann en prenant en compte ses difficultés comportementales et psychopathologiques singulières.

Quant à l'évaluation, elle nous amène à prendre en considération ses capacités et ses émergences au profit de ses déficiences et à travailler sur ces différents aspects.

Le concept d'émergence des compétences ouvre un dialogue opérant avec les professionnels et permet de donner au travail éducatif une dimension nouvelle étayée sur une approche clinique plus rigoureuse.

Ainsi, à partir de cet outil d'évaluation, de nos observations et de la restitution des résultats peut se mettre en place un véritable travail d'accompagnement dont les prolongements pourraient être source de réflexion au sein de l'équipe soignante mais également auprès des familles. Le travail de liaison entre l'équipe et la famille paraît tout aussi indispensable.

2.2.2 Travail d'accompagnement

Les données de l'évaluation permettent à l'équipe responsable des soins de déterminer le cadre de la prise en charge. En effet, l'évaluation est incontournable pour identifier la singularité de la pathologie et situer l'adolescent dans son développement mais elle n'est pas « stérile » dans le sens où elle doit être suivie d'effets avec la mise en place d'un projet thérapeutique et rééducatif. Sinon, nous évaluons pour évaluer.

Le projet à visée de satisfaire deux nécessités complémentaires : permettre à l'adolescent de bénéficier le plus possible des interactions dans les groupes de vie et lui faire bénéficier de moyens thérapeutiques et éducatifs adaptés à ses difficultés.

Reste alors à interpréter ce qui est réellement thérapeutique et éducatif dans le cadre d'un projet mais également dans les actions menées par les différents professionnels ne relevant pas des mêmes fonctions.

La proposition des actions en milieu naturel ou en milieu thérapeutique ont été indiquées au vu des capacités de l'adolescent et des ressources de son milieu et non par les commodités ou les habitudes institutionnelles. La nature des actions spécifiques de soins et d'éducation prend alors en considération les résultats de l'évaluation.

Les deux approches (évaluation et observation) apportent des éclairages différents dont la confrontation peut stimuler la créativité et dynamiser la réflexion et les actions des équipes soignantes qui restent souvent démunies face à la pathologie autistique.

2.2.3 Continuité et aspects généralisateur de notre étude

La rencontre clinique est une rencontre singulière. Le cas clinique ne démontre rien sinon qu'il est unique mais il est également source de savoir général, de questionnements intellectuels, professionnels mais également personnels.

En effet, chaque histoire est singulière mais elles ont également des points communs qui nous permettent de réfléchir et d'envisager autrement la pratique.

Nous n'avons su écarter l'apport d'une monographie car par les données psychopathologiques qu'elle a apporté, cette contribution a permis d'élaborer des hypothèses et des réflexions pouvant venir soutenir ultérieurement d'autres recherches.

Nous pouvons alors nous interroger sur les formes de comparaison ou de quantification qui permettrait d'avancer dans la résolution des questionnements posés et sur la portée de nos interventions.

Il est apparu nécessaire que le type d'actions proposé et réalisé soit décrit précisément pour que nous puissions éventuellement en déterminer l'efficacité et la progression.

Les recherches ultérieures pourront ainsi disposer de base pour favoriser une augmentation scientifique des indications thérapeutiques et réajuster le projet suivant les changements (ou l'absence de changement).

D'autre part, cette évaluation n'est pas à concevoir comme unique dans le sens où il serait nécessaire d'en reconduire régulièrement et comparativement afin de suivre l'évolution de Yann et réajuster en conséquence le projet individualisé de prise en charge en adoptant des moyens pour évaluer en y intégrant les constatations de ceux qui le côtoient régulièrement.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- American Psychiatric Association, Washington. (1994). *D.S.M. IV : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Paris : Masson.
- Aulagnier, P. (1975). *Les violences de l'interprétation*. Paris: PUF.
- Baron-Cohen, S.; Leslie, A.M.; Frith, U. (1985). Does the autistic child have a "theory of mind"? *Cognition*, 21, 37-46.
- Baron-Cohen, S. (1998). *La cécité mentale. Un essai sur l'autisme et la théorie de l'esprit*. Grenoble: Presse Universitaire.
- Bettelheim, B. (1969). *La forteresse vide*. Paris: Gallimard.
- Bick, E. (1968). The experience of the skin in early object relations. *International Journal of Psychoanalysis*, 49, 484-486.
- Bion, W.R. (1965). *Recherche sur les petits groupes*. Paris: PUF.
- Bourguignon, O.; Bydlowski, M. (1995). *La recherche clinique en psychopathologie, perspective critique*. Paris : PUF.
- Bullinger, A. (1993). Emotions et représentations. *Enfance*, 47, 1, 27-32.
- Deliou, P. (2003). *L'autisme et la psychose à travers les âges de la vie*. Paris : Eres.
- Durham, C.; Tréhin, C. (1996). Autisme et psychoses infantiles II. Le modèle TEACCH : Aspects théoriques et pratiques. *Handicaps et inadaptations, les cahiers du CTNERHI*, hors série, 69-70.
- Fombonne, E. (1994). *Etudes des itinéraires d'enfants autistes et psychotiques et de leur devenir à l'adolescence et à l'âge adulte*. Rapport dactylographié.
- Freud, S. (1967). *Cinq psychanalyses*. Paris : PUF.
- Frith, U. (1992). *L'énigme de l'autisme*. Paris : Odile Jacob
- Gepner, B.; Soares, I.; Fleurette, F. (1994). *L'autisme*. Paris : ANDEM.
- Grandin, T. (1994). *Ma vie d'autiste*. Paris : Odile Jacob.
- Haag, G. (1983). Autisme, psychoses infantiles précoces et psychanalyse. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 31(5-6), 261-263.
- Haag, G. ; Tordjman, S. ; Duprat, A. (1995). Grille de repérage clinique des étapes évolutives de l'autisme infantile traité. *Psychiatrie de l'enfant*, 38, 2, 495-527.
- Hermelin, B.; O'Connor, N. (1970). *Psychological experiments with autistic children*. Oxford: Pergamon.
- Hobson, R.P. (1986). The autistic child's appraisal of expressions of emotion. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 27, 321-342.
- Hobson, R.P. (1993). *Autism and development of mind*. Hove, Sussex: Erlbaum.
- Hochman, J. (1997). *Pour soigner l'enfant autiste*. Paris : Odile Jacob.
- Houzel, D. (1983). La psychothérapie analytique des enfants autistes. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 31(5-6), 256-259.
- Howlin, P. (2000). Outcome in adult life for more able individuals with autism or Asperger syndrome. *Autism*, 4 (1) 63-83.

- Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous child*, 2. Trad. Française in Berquez, G. (1989). *L'autisme infantile*. Paris : PUF.
- Kanner, L. (1995). Etude de l'évolution de onze enfants autistes initialement rapportée en 1943. *Psychiatrie de l'enfant*, 38 (2), 413-461.
- Lacroix, M.B.; Monmayrant, M. (1995). *Les liens d'émerveillement. L'observation des nourrissons selon Esther Bick et ses applications*. Paris : Eres.
- Lamunière, M.C. ; Manzano, J. ; Peckoua, M. (1987). *Vingt ans de psychoses de l'enfant psychotique à l'âge adulte*. Lyon : Cesura.
- Lazartigues, A. ; Lemonnier, E. (2005). *Les troubles autistiques : du repérage précoce à la prise en charge*. Paris : Vivre et comprendre.
- Lelord, G. et coll. (1989). *Autisme et troubles du développement global de l'enfant*. Paris : Expansion Scientifique de France.
- Malher, M. (1973). *Psychose infantile*. Paris : Payot.
- Marcelli, D. (1983). Réflexion sur une conduite particulière de l'enfant autiste : prendre la main. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 31(5-6), 259-261.
- Meltzer, D. ; Bremner, J. ; Hoxter, S. ; Weddell, D. ; Wittenberg, I. (1980). *Exploration dans le monde de l'autisme*. Paris : Payot.
- Mesibov, G. ; Schaffer, B. (1989). Autisme des adolescents et des adultes, bilans, thérapies éducatives. In Lelord, G. ; Muh, J.P. ; Petit, M. ; Sauvage, D. *Autisme et troubles du développement global de l'enfant*. Paris : Expansion.
- Mesibov, G. ; Schopler, E. ; Schaffer, B. ; Landrus, R. (1997). *Profil Psycho-Educatif pour Adolescents et Adultes (A.A.P.E.P)*. Paris, Bruxelles : De Boeck Université.
- Misès, R. (1983). La cure des psychoses infantiles en institution. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 31(5-6), 270-271.
- Misès, R ; Quemada, N. (1990). Les psychoses dans le dispositif de psychiatrie infanto-juvénile. Approche épidémiologique. *Actualités psychiatriques*, 3,11- 19.
- Misès, R. ; Quemada, N. (1993). *Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent* (3ème édition). Paris : CTNERHI.
- Misès, R. ; Perron, R. (1993). L'adolescence des autistes et psychotiques, une recherche. *Neuropsychiatrie de l'Enfance*, 41 (1-2), 36-50.
- Misès, R ; Grand, P. (1997). *Parents et Professionnels devant l'Autisme*. Paris : CTNERHI.
- Nadel, J ; Rogé, B. (1998). Autisme : l'option biologique II, prise en charge. *Psychologie française*, 43, 3, 210-215.
- Organisation Mondiale de la Santé (1993). *Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement*. Paris : Masson.
- Pedinielli, J-L. (1994). *Introduction à la psychologie clinique*. Paris: Nathan.
- Pedinielli, J-L ; Fernandez, L. (2005). *L'observation clinique et l'étude de cas*. Paris: Armand Colin.
- Peeters, T. (1990). *Autisme : de l'adolescence à l'âge adulte*. Le carnet : Edinovation.
- Peeters, T. (1996). *Autisme, de la compréhension théorique à l'intervention*. Paris : Dunod.
- Pry, R ; Guillain, A. (1994). Place du K-ABC dans l'évaluation des compétences socio-cognitives chez l'enfant de cinq ans, K-ABC : pratique et fondements théoriques. *La pensée Sauvage*, p179- 189.
- Revault d'Allones, C. (1989). *La démarche clinique en Sciences humaines*. Paris : Dunod.
- Rogers, S.J.; Pennington, B.F. (1991). A theoretical approach to the deficits in infantile autism. *Development and psychopathology*, 29, 3, 498-510.

- Sauvage, D. (1984). *Autisme du nourrisson et du jeune enfant*. Paris : Masson.
- Schopler, E.; Reichler, R.; De Vellis, R.F.; Daly, K. (1980). Towards objective classification of Childhood Autism Rating Scale (CARS), *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 10, 1.
- Schopler, E.; Reichler, R.; Lansing, M. (1987). *Evaluation et traitement individualisé des autistes et des enfants présentant des troubles du développement*. Paris : Masson.
- Schopler, E. ; Reichler, R.; Lansing, M. (1988). *Stratégies éducatives de l'autisme*. Paris : Masson.
- Schopler, E. (1994). *Profil Psycho-Educatif (PEP-R)*. Paris, Bruxelles : De Boeck Université.
- Sigman, M. (2001). *L'enfant autiste et son développement*. Paris : Retz.
- Sinclair, J. (1992). *High functioning individuals with autism*. New York: Plenum Press.
- Tardif, C. ; Gepner, B. (2003). *L'autisme*. Nathan Université.
- Tordjam, S. (2002). Les instruments d'évaluation de l'autisme : intérêts et limites. *Psychiatrie de l'enfant*, XLV (2), 533-560.
- Tustin, F. (1977). *Autisme et psychose de l'enfant*. Paris : Seuil.
- Vygotski, L.S (1978). Interaction between learning and development. In Cole, M.; John-Steiner, V.; Souberman, E. *The development of higher psychological processes*. Cambridge: Havard University Press.
- Williams, D. (1996). *Quelqu'un quelque part*. Paris: J'ai lu.
- Winnicott, D.W. (1975). *Jeu et réalité, l'espace potentiel*. Paris: Payot.
- Winnicott, D.W. (1975). La crainte de l'effondrement. *Nouvelle Revue Psychanalytique*, 11, 35-44.

SITOGRAPHIE

<http://www.autismwebsite.com/arri/index.html>

Autism Research Review International 1987 to 2003, Volumes 1 to 17.

<http://www.autismwebsite.com/ari/index.htm>

Autism Research Institute fondé en 1967 par le Docteur Bernard Rimland à San Diego en Californie.

<http://www.autismwebsite.com>

Center for the Study of Autism donnant des informations sur les recherches en cours et l'efficacité des traitements aux parents et professionnels. La plupart des recherches sont réalisées en collaboration avec l'Autism Research Institute de San Diego en Californie.

<http://osiris.sunderland.ac.uk/autism>

Autism Research Unit, School of Health, Natural & Social Sciences University of Sunderland, United Kingdom.

<http://www.autisme.fr>

Ce site a pour ambition de répondre aux attentes des familles concernées, du corps médical, médico-social, et des associations de soutien aux personnes autistes. Son comité éditorial est composé de personnalités reconnues dans le monde médical : Pr Bernadette Rogé, Pr Charles Aussilloux, Pr Claude Bursztejn et Pr Catherine Barthélémy.

<http://www.autisme.net>

Association d'Aide à l'Enfance Autiste qui reprend en grande partie les informations disponibles sur le site américain de l'Autism Research Institute.

<http://autisme.france.free.fr>

Association Autisme France fondé depuis 15 ans et en lien avec Autisme Europe.

<http://www.med.univ-angers.fr/etudiant/cours>

Site de l'université de Médecine d'Angers.

<http://www.inserm.fr>

Site de l'INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale.

ANNEXES

Annexe 1 : Schéma des approches sur l'autisme : divergences et points communs

Annexe 2 : Domaines de fonctionnement évalués par l'AAPEP

Annexe 3 : Exemple de cotation et d'analyse des résultats de l'AAPEP

Annexe 4 : Fiche de cotation AAPEP par Echelles et par items